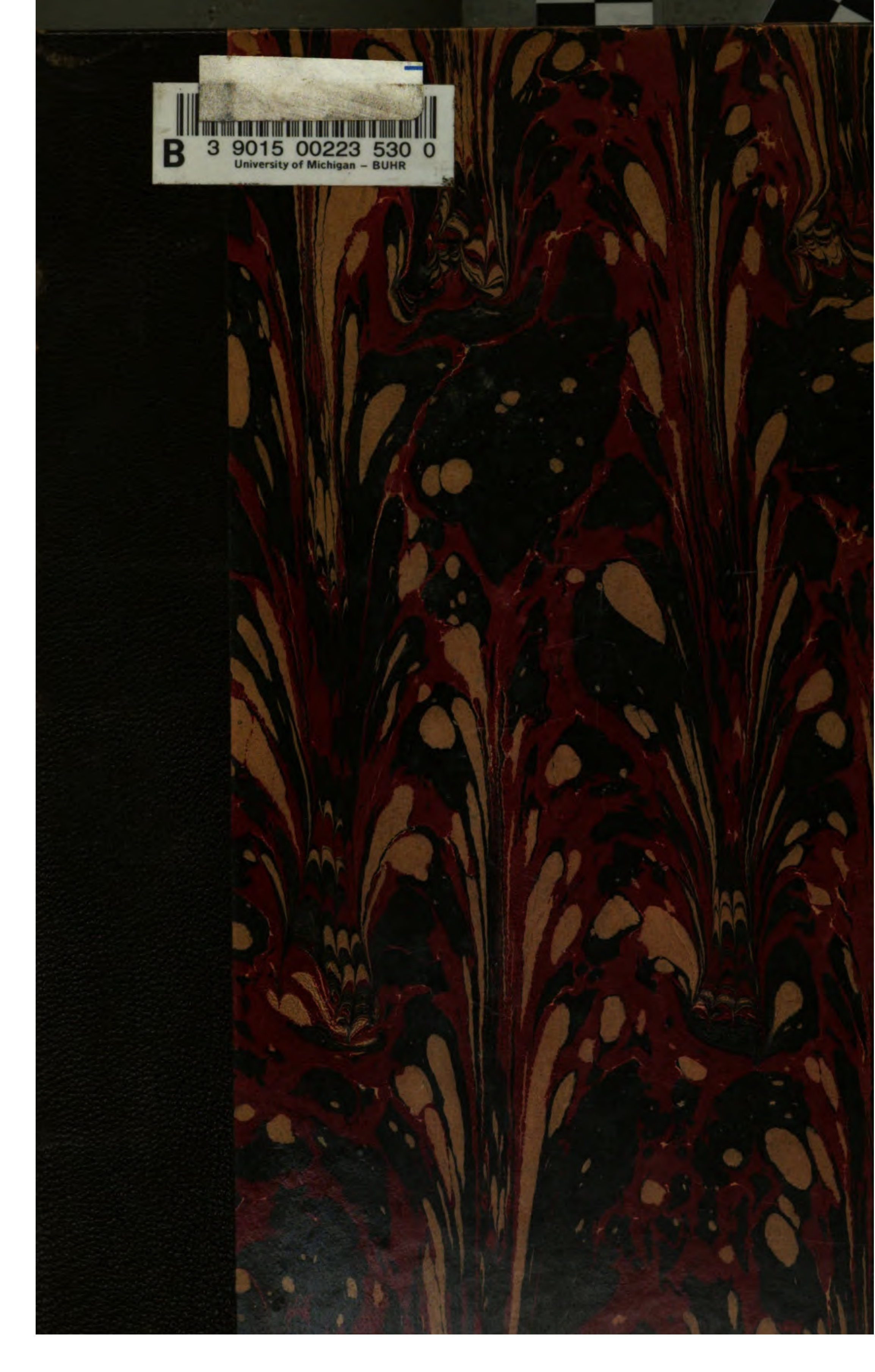
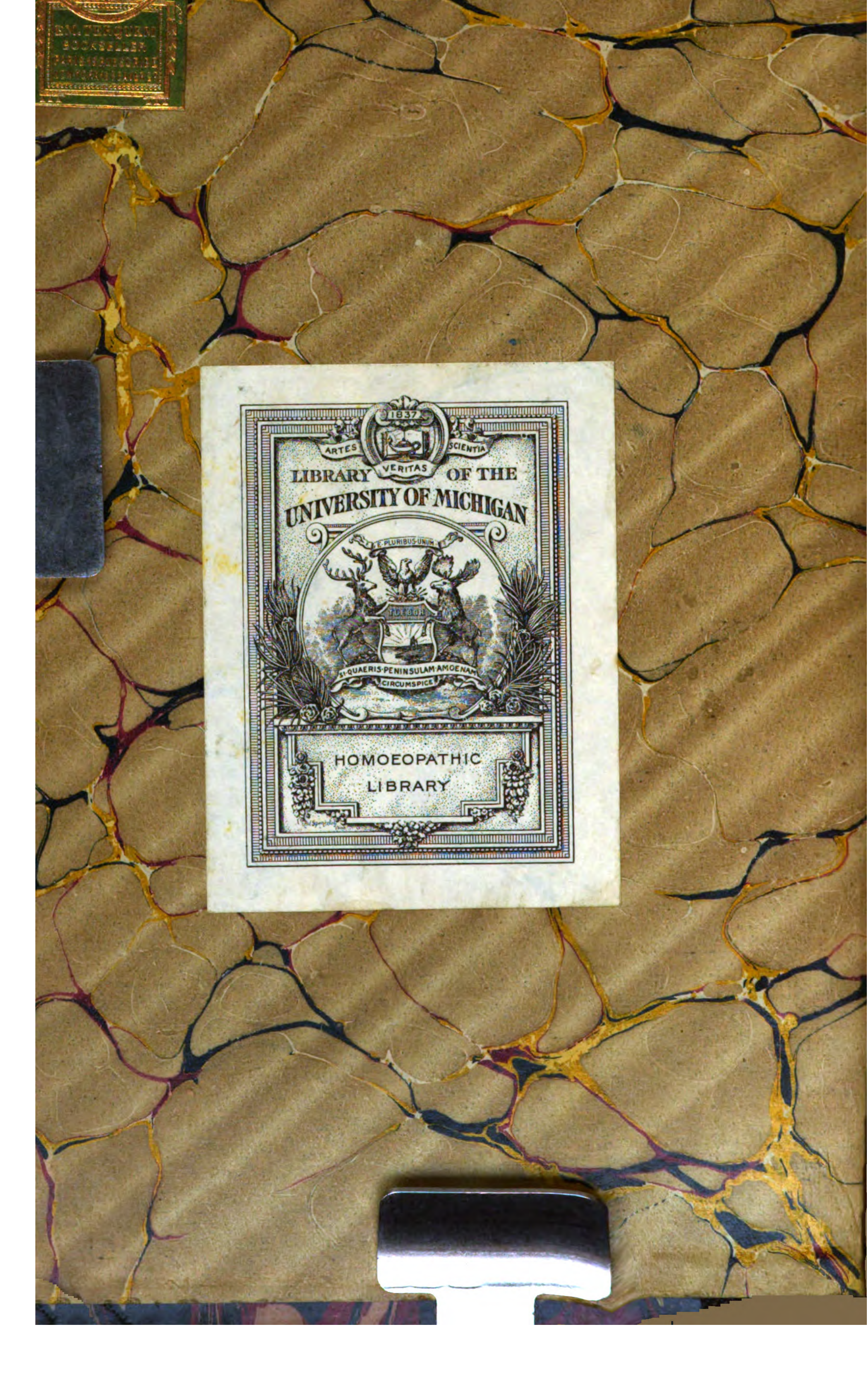

B 3 9015 00223 530 0
University of Michigan – BUHR


EM. TERQUEM
BOOKSELLER
1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE | NOSOGRAPHIE
ANATOMIE | ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE | SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE | ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-SIXIÈME ANNÉE
TOME XC

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1900

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1900

NOSOGRAPHIE

AORTITE (*Suite*)

L'aortite est une affection caractérisée par l'inflammation des tuniques de l'aorte et par un ensemble de symptômes relevant directement de cette lésion.

Nous disons que l'aortite est une *affection*, parce que nous ne connaissons pas d'observation authentique d'inflammation de l'aorte qui ne soit liée comme un symptôme à une maladie ou à un empoisonnement. L'aortite est donc une affection symptômatique et n'existe pas comme *maladie essentielle*.

L'aortite se divise d'après sa marche en *aortite aiguë* et en *aortite chronique*.

L'aortite aiguë peut survenir dans le cours de toute les maladies dites infectieuses : fièvre éruptives, grippe, diphtérie, pneumonie, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu. Elle peut se développer, comme l'avait observé Tessier, par propagation de l'inflammation du poumon, des bronches ou de la plèvre mais surtout par une propagation de l'endocardite. Il existe des cas incontestables d'aortites aiguës d'éveloppées au court des néphrites (maladie de Bright). Mais le plus souvent l'aortite aiguë se produit comme une complication de l'aortite chronique.

L'aortite chronique peut être la suite d'une aortite

aiguë et par conséquent être soumise aux mêmes conditions étiologiques que cette dernière. En dehors de cette circonstance, l'aortite chronique est 95 fois sur 100 une affection goutteuse. Incontestablement, quelques cas d'aortite chronique sont dus à la syphilis ou à la tuberculose. Les empoisonnements par le plomb, par les alcools et par le tabac ont aussi à leur compte un certain nombre de cas d'aortite chronique. L'opinion de Lancereaux qui attribue à l'impaludisme une notable influence sur la production des aortites a besoin d'être démontrée.

Les aortites étant toujours des affections symptômatiques, il était nécessaire d'étudier d'abord la condition étiologiques qui leur sont communes, avant d'entrer dans les description des diverses variétés présentées par les inflammations de l'aorte.

I — Des aortites aigues.— Nous décrivons deux variétés d'aortite aiguë : l'aortite aiguë simple et l'aortite aiguë ulcéreuse.

1° *Aortite aigue simple.* — C'est de beaucoup la variété la plus fréquente, Ses symptômes sont plus ou moins masqués par la maladie dans le cours de laquelle elle se développe. Apparaissant si souvent dans le cours de maladies fébriles, il est difficile de distinguer et de décider si l'aortite aiguë se complique d'un mouvement fébrile qui lui soit propre ; cette question pourrait être résolue dans les cas ou l'aortite aigue survient au cours d'une aortite chronique ; mais les renseignements cliniques nous manquent sur ce point.

Quant aux symptômes qui tiennent à la lésion elle-même, ils sont mieux connus, plus précis et faciles à

saisir. La dyspnée, la douleur sous-sternale, les pulsations artérielles, la paleur de la face sont des symptômes qui appartiennent en propre à l'aortite et qui, joints aux signe fournis par la percussion et l'auscultation, permettent habituellement un diagnostic assuré.

(a) La *dyspnée* a, comme dans toutes les aortites, le caractères de *dyspnée d'effort*. Seulement ce caractère n'est pas aussi net ici que dans l'aortite chronique à cause des troubles respiratoires inhérents aux maladies dans lesquelles se développe l'aortite aigue.

(b) La *douleur* est sous-sternale. Elle augmente par la pression dans les espaces intercostaux aux limites du sternum. Elle peut s'irradier au nerf phrénique, aux nerfs du plexus cervical et du plexus cardiaque. Elle peut donc se compliquer d'angoisse et même d'angine de poitrine. Dans les cas d'aortite aiguë, cette dernière complication est toujours due à l'envahissement de la tunique externe par l'inflammation.

(c) *Pulsations artérielles*. — Tous les auteurs qui ont décrit l'aortite, depuis Bertin et Bouillaud, s'accordent pour regarder les pulsations de l'aorte et des artères du cou comme un symptôme de l'aortite aiguë. Le pouls serait en même temps vibrant.

(d) *Paleur de la face*. — C'est un caractère noté dans la pluspart des affections de l'aorte. Ici la face non seulement est pâle, mais défaite et anxieuse. C'est encore là un caractère que Tessier avait mis en relief. Remarquons que ce dernier symptôme, comme la dyspnée, s'explique par la perte de l'élasticité des tuniques artérielles, perte d'élasticité qui équivaut à un véritable rétrécissement.

(e) *Toux*. — On a noté, en même temps que la dyspnée,

une toux sèche, intense, spasmodique, striduleuse et rauque.

(*f*) *Auscultation.* — Dans l'aortite aiguë, il n'y a pas de bruit de sourffle. Le premier bruit est éclatant et vibrant; le second bruit, sourd et éteint. Si les valvules sygmoïdes sont envahies par l'inflammation, comme cela arrive souvent, on perçoit alors les signes de l'insuffisance ou du rétrécissement artériel, et quelque fois les deux.

Mais, je le répète, dans l'aortite, sans complication cardiaque, il n'y a pas de bruit de souffle.

(*g*) *Percussion.* — La percussion permet de constater une augmentation de matité à la base et à droite du sternum, signe produit par la dilatation de l'aorte et sur lequel nous reviendrons plus longuement à propos de l'aortite chronique.

La durée et la marche de cette variété d'aortite aiguë est en rapport avec la maladie dans le cours de laquelle elle s'est développée; quand elle vient compliquer une aortite chronique, sa durée est de quelque jours, et elle peut récidiver plusieurs fois.

2° *Aortite ulcéreuse.* — Cette variété de l'aortite aiguë a les symptômes et la marche de l'*endocardite ulcéreuse* dont elle est souvent une propagation. Sa symptômatologie est caractéristique : elle s'accompagne des symptômes généraux de la pyohémie avec frissons tremblants et gros accès fébriles rappelant la fièvre intermittente; elle est souvent la source d'embolies accompagnées de symptômes qui varient avec leur localisation.

Anatomie pathologique. — Longtemps on a considéré comme un signe de l'inflammation des tuniques artérielles, la couleur rouge de ces tuniques due à l'imbibi-

tion cadavérique. Des discussions fort inutiles à rappeler aujourd'hui, ont divisé les anatomo-pathologistes sur les signes et même sur l'existence de l'inflammation de l'endartère. Mais aujourd'hui, il n'y a plus de question ni de doute sur ce point, et les travaux de Cornil et Ranvier ont fixé l'histoire de cette lésion.

L'inflammation aiguë de l'aorte produit la dilatation de ce vaisseau et la perte de son élasticité. La dilatation est régulière, fusiforme, le sommet de la crosse s'élève et se porte un peu à droite. La perte de l'élasticité est un phénomène que l'inflammation détermine dans tous les tissus qu'elle envahit. Nous avons dit précédemment que cette perte d'élasticité entravait considérablement les fonctions de l'aorte et déterminait tous les effets du rétrécissement par défaut de dilatation.

L'endartère, comme le fait observer Peter, est plutôt pâle. A sa surface on remarque des élévations, les unes petites, les autres plus grandes, transparentes, rosées ou jaunâtres, *gélatiniformes*, comme le dit Cornil. Ces lésions occupent surtout les courbures et l'ouverture des collatérales. C'est une loi qui règle la localisation des inflammations des artères. Huchard l'explique en disant que c'est le lieu qui supporte les plus grands frottements. L'endartère est dépolie, boursouflée, ramollie et comme imbibée de liquide. Cet aspect chagriné de la tunique interne de l'aorte ne tient point à la chute de l'épithélium, mais à une tuméfaction irrégulière de la membrane interne. L'examen histologique montre que les éléments constituants des plaques de prolifération sont des cellules embryonnaires.

A l'histoire anatomique d'aortite aiguë se rapportent les ulcérations et les abcès que l'on rencontre dans quelques

cas. Les ulcérations sont un résultat de la nécrobiose de l'endartère ; leurs bords sont irréguliers et déchiquetés et leur surface présente souvent des végétations, source fréquente d'embolies.

Quant aux abcès qui sont uniques, peu nombreux, ou au contraire multiples, et dans ce cas généralement très petits, ils sont situés sous l'endartère, et quelquefois plus ou moins profondément dans la tunique moyenne. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans l'intérieur du vaisseau et devenir la source de symptômes pyohémiques très graves. Les lésions de l'aortite aiguë peuvent, quand le malade survit, se transformer et constituer les lésions de l'aortite chronique. Dans les cas si fréquents où ces deux variétés d'aortite se mélangent et se compliquent, on trouve facilement toute l'évolution de la lésion. « Entre l'artérite la plus aiguë et l'endartérite chronique, on peut, disent encore Ranvier et Cornil, trouver tous les intermédiaires et, par exemple, sur la crosse de l'aorte, observer toutes les phases du travail morbide non interrompu. » (Peter, *Clinique médicale*, tome Ier, p. 303).

Comme l'endocardite peut se propager à l'aorte, l'inflammation de l'endartère peut se propager, non seulement aux valvules sygmoïdes, mais encore à la grande valve de la mitrale (Huchard).

La tunique moyenne de l'aorte participe à l'inflammation. Le tissu conjonctif qui sépare les fibres élastiques s'œdématie. La membrane est friable, elle a perdu son élasticité et dans les points qui correspondent aux lésions de la tunique externe, la tunique moyenne présente des plaques ressemblant à du liquide albumineux coagulé. La dégénérescence graisseuse, la destruction des fibres élastiques produisent un grand affaiblissement de la

tunique moyenne et deviennent ainsi la cause de l'anévrysme de l'aorte.

Tunique externe. — « Mais le travail morbide ne s'arrête pas à la tunique moyenne, il s'attaque à la tunique externe, de sorte que dans les endartérites chroniques un peu étendues, on observe constamment de la péri-artérite. » (Ranvier et Cornil, p. 564 à 570).

La tunique externe enflammée est boursouflée, infiltrée d'une exsudation fibrineuse. Cette inflammation se propage très souvent au péricarde dans sa partie supérieure. Elle est plus ou moins diffuse et les nerfs du plexus cardiaque peuvent être pris dans la gangue inflammatoire, d'où des symptômes d'angine de poitrine.

L'examen histologique fait constater une abondante prolifération des leucocytes, des cellules embryonnaires et migratrices, principalement autour des vasa-vasorum.

II. — Aortite chronique. — Presque toujours d'origine goutteuse, l'aortite chronique est une affection extrêmement répandue, elle sévit sur les deux sexes, mais principalement sur les hommes. Le plus souvent elle les frappe dans l'âge de la force, entre 40 et 50 ans. Elle saisit le malade en pleine vie, vie de plaisirs ou d'affaires ; elle le fait passer presque sans transition d'une santé vigoureuse, qui lui permettait tout, à un état valétudinaire qui, suivant les cas, peut s'amender, s'interrompre, permettre encore un certain nombre d'années d'existence ou au contraire le constituer définitivement malade et se terminer au bout de quelques mois par la mort.

Le symptôme qui annonce le début de l'aortite chronique est la *dyspnée*. Cette dyspnée affecte deux formes : le plus souvent elle se manifeste à propos de la marche

un peu rapide, de la montée d'une côte ou d'un escalier, du simple effort nécessaire pour se mettre au lit, et cette dyspnée est singulièrement augmentée après un repas copieux; il existe même des cas où la gêne de la respiration n'existe qu'après les repas.

L'autre forme de dyspnée, plus grave, plus effrayante, saisit le malade au milieu de la nuit et le force de s'asseoir ou même de se lever. Au début sa durée est courte.

A ce moment de la maladie, l'auscultation est absolument négative ; on ne perçoit aucun bruit de souffle ; les signes de l'emphysème et les râles font complétement défaut. Cette dyspnée s'accompagne ou non de douleur. Nous reviendrons sur ce dernier symptôme, mais terminons ce que nous avons à dire sur les dyspnées de l'aortite.

A un degré plus avancé, la dypsnée, en même temps qu'elle augmente d'intensité, devient habituelle et persiste pendant le repos.

Cette dyspnée présente de temps à autre des accès, sorte de paroxysmes allant jusqu'à l'orthopnée, s'accompagnant d'une toux plus ou moins fréquente, d'expectoration spumeuse, sanguinolente, et dans certains cas le crachat ressemblant absolument à ceux de la pneumonie.

Pendant ces accès de dyspnée, l'auscultation permet de percevoir des râles humides de toute nature, sibilants, ronflants et surtout sous-crépitants; ces derniers signes toujours liés, soit à un œdème aigu du poumon, soit à une simple congestion.

Le Dr Huchard a signalé un signe qui permet de distinguer la dyspnée cardiaque de la dyspnée asthmatique. Dans la dyspnée cardiaque, c'est l'inspiration qui est difficile et laborieuse, tandis que dans la dyspnée asthmatique

c'est l'expiration qui est longue et accompagnée d'effort des muscles expirateurs

Ces grands accès peuvent survenir à la suite d'un refroidissement, d'un excès alimentaire, d'une émotion, d'autrefois sans cause connue. Leur durée est de quelques heures ; et leur retour est incertain.

L'aortite chronique étant presque toujours liée à l'artério–sclérose, coïncide souvent avec l'emphysème pulmonaire et la néphrite chronique, affections intimement liées à l'artério–sclérose. Ces deux circonstances ne sont point indifférentes sur les retours des dyspnées graves que nous venons de signaler.

La *toux* accompagne souvent la dyspnée et cette toux a un caractère particulier sur laquelle nous avons déjà insisté. Elle est sèche, rauque, intense, spasmodique et striduleuse.

La *douleur* est, nous l'avons vu, un des premiers symptômes de l'aortite aiguë. Elle peut manquer complétement dans la formé chronique et latente de l'aortite. Elle apparaît alors par accès irréguliers et accompagne et dévoile une complication d'aortite aiguë.

Cette douleur, avons-nous dit, est sous-sternale. Elle peut augmenter par la pression ; mais elle augmente surtout par toutes les causes qui activent la circulation et amènent une distension plus grande de l'aorte malade. Cette douleur donne la sensation d'une brûlure, d'une écorchure mais le plus souvent d'un poids. Dans d'autres cas, c'est une barre qui semble écraser la poitrine à sa partie supérieure. Enfin, dans quelques cas plus rares, elle détermine le sentiment d'une constriction à la gorge, symptôme qu'on a comparé à la boule hystérique.

La douleur de l'aortite chronique, plus tôt ou plus tard

suivant la marche de la maladie, devient habituelle et présente les aspects les plus divers suivant les nerfs atteints et englobés dans l'atmosphère inflammatoire de la tunique externe. C'est à cette atteinte des rameaux nerveux qu'on doit rapporter les symptômes d'angine de poitrine, de laryngisme, de névralgies des nerfs naissant du plexus brachial, même de gastralgies et d'hépatalgies simulant la colique hépatique. En clinique, on ne reconnaît pas toujours le lien qui unit les affections très douloureuses de l'estomac avec une aortite chronique, et c'est dans ces cas qu'on est surpris par la mort subite et pleine d'angoisse de ces malades.

Il est encore utile de rappeler différents symptômes directement liés, comme il sera facile de le comprendre, avec la lésion de l'aorte. Ils sont, en effet, sous la dépendance du rétrécissement fonctionnel de ce vaisseau et des embolies produites soit par le détachement d'athéromes, soit par des coagulations sanguines plus ou moins volumineuses dues à l'état irrégulier de la surface interne de l'aorte.

La pâleur habituelle de la face et la tendance aux syncopes est intimement liée à la déchéance de la fonction artérielle.

L'ictus apoplectique, les hémiplégies, l'aphasie, la cécité subite sont produits par les embolies venant de l'artère malade. Mais n'oublions pas que ces mêmes lésions peuvent être le produit de thromboses nées sur place, car presque toujours l'aortite chronique coïncide avec une artério-sclérose généralisée.

L'aortite chronique peut, soit par embolie, soit par thrombose, déterminer l'oblitération plus ou moins complète de gros troncs vasculaires. De là le refroidissement

des membres, la paralysie, la gangrène des extrémités et dans certains cas, le syndrome si remarquable de la *paralysie douloureuse intermittente.* Le malade, atteint d'oblitération plus ou moins complète de l'aorte abdominale, est arrêté après quelques minutes de marche par une douleur croissante, puis par une impotence complète. L'impotence et la douleur disparaissent après quelques minutes de repos, et la marche est de nouveau possible. Le syndrome s'observe souvent chez les chevaux et a été très bien décrit par les vétérinaires. Chez l'homme, il existe quelquefois à un très faible degré borné à un seul membre, mais interrompant la marche après un temps plus ou moins long. Si on ne connaît pas la pathogénie de ce symptôme, on peut faire une grosse erreur de diagnostic. Ajoutons enfin que l'oblitération des sous-clavières ou des carotides peut donner lieu à des symptômes et à des lésions tout à fait comparables aux symptômes et aux lésions que nous venons de décrire pour le membre inférieur.

Signes tirés de la percussion et de l'auscultation. — La percussion dans l'aortite chronique permet de percevoir une matité anormale en rapport avec la dilatation de l'aorte. Le siège de cette matité est à droite du sternum, au niveau de la première et de la seconde côte. Pour donner à ce signe toute sa valeur, il faut rappeler qu'à l'état normal on constate au-dessus de la base du cœur une matité répondant au tronc aortique et pulmonaire. Cette matité est plus étendue chez l'homme que chez la femme. D'après Peter, elle serait de 4 cent. 1/2 à 5 cent. 1/2 chez l'homme et 3 cent. 1/2 à 4 centimètres chez la femme (Peter, *loc. cit.*, p. 312). Bonnet trouve qu'une matité de 4 à 5 centimètres chez l'homme et 3 cent. 1/2 chez la

femme est déjà un signe de dilatation de l'aorte. Huchard fixe le diamètre de l'aorte chez l homme de 4 à 5 centimètres et de 3 à 4 chez la femme. Dans l'état normal, l'aorte ascendante doit affleurer le bord droit du sternum. On peut donc affirmer qu'elle est dilatée, toutes les fois que la matité dépasse le bord et s'étend vers le deuxième espace intercostal droit (1). Cet auteur ajoute avec juste raison que pour constater ce signe il est bon de faire asseoir le malade qui se penche en avant afin d'augmenter par cette position les rapports de l'aorte avec la paroi thoracique. D'après Huchard, le second signe de la dilatation de l'aorte est l'élévation des sous-clavières, et surtout de la sous-clavière droite qui se trouve portée à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la côte. Dans certains cas de dilatation de la crosse de l'aorte, on peut sentir le battement de cette artère au-dessus et en dedans de la fourchette sternale.

Auscultation. — En l'absence de toute lésion d'orifice, on entend au second temps, au niveau du deuxième espace intercostal droit, un bruit tympanique, métallique que Noël Guéneau de Mussy appellait clangoreux. Dans certains cas de dilatation de l'aorte, il existe un bruit de souffle au premier temps qui avait été déjà signalé par J. P. Tessier et qui s'explique par la dilatation de l'aorte et le rétrécissement relatif de l'orifice artériel (2). Si les valvules sygmoïdes deviennent le siège d'altérations ou

(1) Cette matité peut atteindre de 7 à 9 centimètres.

(2) Le rétrécissement fonctionnel de l'aorte enflammée rend plus difficile le passage de la colonne sanguine. De là, une prolongation de la systole cardiaque qui, dans quelques cas, se fait en deux temps et permet de percevoir trois bruits au lieu de deux. C'est ce que Huchard appelle *le bruit de trot.*

par suite de la dilatation de l'artère deviennent incapables d'oblitérer l'ouverture artérielle, on rencontre les bruits de souffle du rétrécissement et de l'insuffisance aortique.

Anatomie pathologique. — A propos de l'aortite aiguë, nous avons traité très longuement la question de l'anatomie pathologique. Dans la forme chronique, on trouve à la surface interne du vaisseau des plaques athéromateuses à leurs diverses périodes de développement, les unes ayant l'aspect cartilaginiforme plus ou moins avancé, d'autres tout à fait calcaires. Ces dernières irrégulières, plus ou moins larges, rigides, d'apparence osseuse quoiqu'elles n'aient rien de la structure de l'os, sont friables, cassantes, inégales. Dans d'autres points on rencontre de véritables athéromes susceptibles de se ramollir, de s'ulcérer et de verser dans la circulation ; cette bouillie contenant des granulations pulvérulentes, des cristaux d'acides gras et d'acides cholestériques. Il n'est point étonnant de rencontrer sur ces surfaces inégales des caillots fibrineux, les uns petits, les autres assez volumineux pour déterminer les symptômes de l'*artérite oblitérante* que nous avons déjà décrite. Ces lésions nous donnent le mécanisme des anévrysmes et des ruptures de l'aorte (1) qui surviennent à titre de complication dans l'aortite chronique.

Complications. — Nous avons déjà parlé dans la description de l'*aortite* des complications d'embolie, d'angine de poitrine, d'anévrysme, de rupture de l'aorte et de son oblitération, des péricardites et sygmoïdites par propagation de l'inflammation. Il nous reste à parler des lésions du myocarde et du rein qui compliquent si souvent la

(1) Ces ruptures sont habituellement intra-péricardiques et se font au niveau des valvules sygmoïdes.

dernière période de l'aortite chronique et produisent alors l'ensemble des symptômes propres aux affections cardiaques ordinaires.

L'aortique, dit Huchard, devient valvulaire. La lésion cardiaque est une myocardite scléreuse qui s'accompagne de dilatation du cœur, d'insuffisance valvulaire fonctionnelle ou organique et devient la source de véritables accès d'asystolie.

La lésion rénale est une néphrite interstitielle qui contribue pour sa part à l'anasarque et à l'hydropisie observée dans cette dernière période. Cette lésion, quand elle est très prononcée, entraîne l'insuffisance rénale et les symptômes d'urémie.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'aortite chronique repose sur quatre signes que nous rappellerons sans y insister davantage : la matité sternale se prolongeant vers la droite ; la douleur sternale avec toutes les variétés que nous avons décrites ; la dyspnée, dyspnée d'effort au début, dyspnée nocturne, attaque d'asthme cardiaque ; enfin pouls sénile caractérisé au sphygmographe par un plateau bien marqué et par une ligne de descente oblique et presque sans dichrotisme. Les signes fournis par l'auscultation sont variables. Rappelons cependant la systole en deux temps, la diastole au bruit métallique et clangoreux quelquefois soufflante.

Pronostic. — Le pronostic de l'aortite aiguë simple est celui de la maladie infectieuse dans le cours de laquelle elle se produit. Elle guérit habituellement; mais chez des malades qui ont dépassé 40 ans et qui ont des signes de goutte, on doit redouter le passage de l'état aigu à l'état chronique. La forme ulcéreuse est extrêmement

grave, parce qu'elle détermine les symptômes de pyohémie presque constamment mortels.

Le pronostic de l'aortite chronique est celui d'une maladie dont la tendance naturelle est non seulement l'incurabilité, mais encore une aggravation lente et progressive. Le médecin doit savoir qu'un certain nombre d'aortites chroniques sont susceptibles d'une très longue durée, avec des alternatives de mieux et de pire ; le malade pouvant vivre encore longtemps et à peu près la vie de tout le monde. Cette période de calme relatif peut être interrompue par des accès d'aortite aiguë qui guérissent le plus souvent, mais qui laissent le malade de plus en plus atteint. Si l'aortite se complique de myocardite ou de néphrite, le pronostic devient beaucoup plus grave, la thérapeutique devient alors presque impuissante, et la mort dans la cachexie cardiaque ne tarde pas à survenir.

Le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit les accidents inhérents à l'aortite : la mort subite par syncope, rupture de l'aorte ou angine de poitrine : accidents apoplectiformes et paralytiques par embolie ; gangrène et paralysie des extrémités.

Traitement. — Dans l'*aortite aiguë*, l'aconit est presque le seul médicament que je puisse recommander avec une certaine confiance. Sous son influence, la dyspnée, et surtout la douleur cardiaque diminuent. Et ce médicament m'a paru favoriser la terminaison par résolution dans l'aortite aiguë. Je ne l'ai employé que dans les cas où l'aortite aiguë survenait comme complication d'une aortite chronique. La dose peut être de vingt, trente et quarante gouttes de la teinture mère par 24 heures.

Les toxines de la tuberculose et de la diphtérie ont une

action très certaine et très intense sur le cœur, l'endocarde et les endartères. Ces substances seront indiquées d'après la loi des semblables dans le traitement de l'artérite aiguë. Je ne possède pas de renseignements cliniques sur ce point; mais guidé par le même principe, et connaissant l'action de ces toxines sur le rein, je les ai employées avec un certain succès dans le traitement de l'albuminurie. Je les ai employées à la dose de dix gouttes d'une solution au centième, au millième, au dix-millième et au millionnième dans une potion pour 24 heures.

L'aconit, le sulfate de quinine sont les deux médicaments principaux de l'aortite ulcéreuse. Celui-ci, donné à très haute dose, 1 gr. 50 à 2 grammes, dans la rémission. D'autres ont donné l'aconit pendant l'accès à la dose de trois gouttes toutes les heures.

L'arsenic a encore été conseillé dans ces cas. Mais, d'après mon expérience, je considère la thérapeutique comme impuissante à guérir cette maladie.

Dans l'*aortite chronique* le médicament de tout le monde est l'iodure de potassium, ou plutôt l'iodure de sodium. J'ai très souvent prescrit ce médicament et je ne suis pas du tout fixé sur la dose la plus convenable. J'ai prescrit 1 gramme par jour, quelquefois quelques gouttes d'une solution au centième ou au millième, mais le plus souvent 10 à 20 centigrammes par jour. C'est la dose qui m'a donné les meilleurs résultats. Huchard parle de 1 à 2 grammes par jour et même plus.

Sulfate de quinine. — Dans un petit nombre de cas, quand les symptômes douloureux et dyspnéiques sont groupés sous forme d'accès plus ou moins réguliers, j'ai obtenu une action favorable incontestable du sulfate de quinine administré comme dans la fièvre intermittente,

c'est-à-dire après l'accès et à dose assez forte. Quelquefois, ces doses fortes (80 centigrammes à 1 gramme) amenaient des aggravations incontestables. Je me suis bien trouvé dans ces cas de diminuer les doses jusqu'à 30, 20 et 10 centigrammes.

L'arséniate d'antimoine. — J'administre souvent ce médicament dans le traitement de l'aortite chronique. Je donne chaque jour 5 à 10 centigrammes de la première trituration centésimale ; je continue ce remède pendant des semaines. J'ai souvent obtenu l'amélioration des symptômes de l'aortite par ce médicament, mais jamais une guérison.

Plumbum. — Ce médicament est de tous celui qui est le plus indiqué par la loi de similitude, puisque dans les empoisonnements chroniques produits par ce métal, on observe toutes les lésions de l'aortite et de l'artério-sclérose. Seulement la clinique ne confirme pas cette indication, et jusqu'ici le plomb ne m'a pas réussi dans le traitement de l'aortite, pas plus du reste que dans celui de la néphrite interstitielle et des autres lésions de l'artério-sclérose. Est-ce une question de dose ?

Aurum, phosphore, lachesis, cuprum sont indiqués aussi par quelques-uns de leurs symptômes, mais je ne puis apporter aucune observation clinique à l'appui de leur efficacité.

Glonoïne. — Répond au symptôme dyspnée et il soulage presque toujours les malades. La dose est d'une goutte de la première dilution centésimale par cuillerée d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures jusqu'à 10 cuillerées.

Les complications de douleurs névralgiques, d'angine de

poitrine, de congestion et d'œdème pulmonaire, demandent le traitement qui leur est propre ; il en est de même de la myocardite scléreuse et des néphrites qui se développent à la fin de la maladie.

Le triomphe de l'allopathie est le traitement institué par Kumpf. L'athérome artériel et l'aortite chronique qui est une lésion de même nature sont causés par la trop grande abondance des sels calcaires. Dans la thérapeutique *des contraires*, l'indication est toute trouvée : diminuer la quantité des sels calcaires introduits avec les aliments ; dissoudre et éliminer ceux qui sont fixés sur les vaisseaux. Rien de plus simple. Prescrire un régime quotidien ainsi composé : 250 grammes de viande, 100 grammes de pommes de terre, de pain, de poissons, de fruits ou même de légumes. Il faudra proscrire avec soin le *lait*, les fromages, les œufs, les radis, le riz, les épinards ; et pour boisson, eau distillée ou bouillie. On remplira la seconde indication, celle qui consiste à dissoudre et éliminer les sels calcaires, avec les sels de mercure, l'acétate de potasse, l'acide oxalique et l'acide lactique. C'est peut-être beaucoup trop s'occuper d'un semblable traitement, mais il nous a paru utile de montrer jusqu'à quel degré d'absurdité peut atteindre une grande science chimique quand elle n'est point pondérée par une grande science clinique.

L'hygiène joue ici un rôle d'autant plus important que la thérapeutique pharmaceutique est moins efficace. Ces règles hygiéniques sur lesquelles tous les médecins s'accordent sont les mêmes que celles qui conviennent dans le traitement de la goutte. Elles consistent surtout dans l'abstinence relative de la viande et des alcools. Cette abstinence doit être absolue dans les périodes d'aggravation

de la maladie. Quand le malade est relativement bien, dans les périodes d'accalmie, je permets un seul plat de viande et à un seul repas. Beaucoup de lait, des œufs, des légumes, des fruits, un peu de poisson. Pour boisson, l'eau est incontestablement la préférable. Pour les malades qui ne peuvent se plier à ce régime des boissons, on permettra du cidre ou de la bière faible, ou du vin coupé de trois quarts d'eau. Nous insistons beaucoup pour que le malade fasse plutôt de petits repas plus nombreux que de *gros repas*. Son repas principal doit toujours être à midi, le soir il doit manger très peu. S'il le peut, il doit garder le repos pendant une heure après les repas. Le café peut être continué si le malade en a l'habitude, mais une seule fois par jour. Le thé est plus nuisible, on devrait le supprimer, de même que les alcools et le tabac.

L'exercice en plein air est une chose favorable. mais à la condition qu'il n'exige aucun effort musculaire et qu'il n'entraîne pas de fatigue. Les frictions sèches sur la peau avec le gant de crin ou la flanelle sont aussi très favorables.

On recommande à ces malades le calme de l'esprit, l'absence d'émotion et la paix intérieure. Malheureusement ces recommandations sont toutes platoniques et ressemblent beaucoup à une ironie dans beaucoup de situations.

Prophylaxie. — La prophylaxie de l'aortite comprend deux conditions : la première, sur laquelle nous ne pouvons rien, c'est de ne pas naître dans une famille de goutteux ; la seconde, pour laquelle nous pouvons tout, mais qui contrarie nos goûts et nos passions et par conséquent que nous sommes très portés à négliger, cette

seconde condition est tout hygiénique et se résume en deux mots : sobriété et exercice au grand air.

A partir de l'âge où le développement corporel est complet, la nourriture animalisée doit être fort réduite ; les alcools doivent être absolument proscrits ; le cidre, la bière et le vin habituellement coupé d'eau constitueront la boisson ordinaire. Le café, le thé et le tabac pris avec modération sont tout à fait acceptables.

Autant que les conditions sociales dans lesquelles il se trouve le permettront, le prédisposé à l'aortite se livrera à des exercices violents pris en plein air.

Le bien fondé des prescriptions qui précèdent se trouvent établies par la clinique des campagnes où, en dehors des buveurs d'alcool, l'aortite chronique est une rareté.

Nous terminerons ce chapitre en rapportant les prescriptions systématiques rapportées par les microbiens transigeants comme *traitement préventif* de l'aortite.

1° Prévenir le développement des aortites d'origine infectieuse par des injections de sérum thérapeutique approprié ;

2° Atténuer ou détruire les effets nocifs des microbes et de leurs toxines au moyen d'antiseptiques : naphtol et ses dérivés, salol, sulfate de quinine, acide salicylique, calomel, etc. ;

3° Favoriser l'élimination de ces toxines par les urines : diurétiques, théobromine, caféine ;

4° Eviter les aortites d'origines rhumatismale, palustre, goutteuse, syphilitique, en prescrivant d'emblée et à dose suffisante du salicylate de soude, de la quinine, du colchique, des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium (*Trait. de méd. et de chirurg.*, t. IV, p. 684).

Toujours l'école de Galien, détruire la cause, éliminer les principes mauvais. Les représentants de la science officielle sont-ils donc toujours condamnés à tourner dans le même cercle comme un écureuil dans sa cage? A qui M. Bonnet croit-il faire illusion en écrivant les lignes que nous venons de citer et dont toutes les propositions sont ou des hypothèses ou des erreurs de fait ?

Hypothèses, les sérums thérapeutiques de la scarlatine, de la variole, de la grippe, du rhumatisme. Hypothèse, l'action du naphtol et des autres antiseptiques sur les microbes et leurs toxines. Hypothèse encore, l'action des prétendus diurétiques; car ces agents thérapeutiques n'augmentent la sécrétion urinaire que dans des cas déterminés et spéciaux. La digitaline sera complétement impuissante à provoquer la diurèse, si c'est le calomel qui convient ou la bryone ou la scille et réciproquement. Le chapitre des *diurétiques* est encore bon à mettre dans la hotte où les véritables disciples de la méthode expérimentale s'empressent de collectionner les vieilleries qui encombrent la tradition.

Erreur de fait, enfin, de croire qu'en arrêtant le mouvement fébrile et les arthrites du rhumatisme avec le salicylate on diminue d'une unité les localisations sur le cœur et les vaisseaux. Où M. Bonnet a-t-il vu que la quinine empêchait les aortites palustres, quand les aortites palustres sont encore contestées? Et enfin, quelles recherches cliniques suffisamment documentées lui permettent de faire du colchique la panacée de la goutte et par conséquent des aortites qui en sont une affection.

Dr P. Jousset.

LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE (1)

Depuis l'époque déjà lointaine (1819) où Laënnec fit connaître le premier l'existence d'une induration atrophique du foie des alcooliques, lésion s'accompagnant de la présence de granulations qu'en raison de leur coloration fauve il nomma « cirrhoses » la pathogénie de cette affection curieuse a soulevé de nombreux travaux expérimentaux, utiles à connaître, bien que de valeur inégale.

Tout d'abord il parut rationnel d'attribuer à l'action directe de l'alcool absorbé sous diverses formes, l'hyperplasie conjonctive annulaire péri-veineuse qui est la caractéristique de la cirrhose alcoolique; on vécut longtemps sur cette idée, vraisemblable *a priori*, aussi les premiers travaux de pathologie expérimentale qui tous la contredisaient formellement, suscitèrent-ils une vive curiosité. Depuis les expérimentations se sont multipliées sans avoir pu infirmer les conclusions auxquelles étaient arrivés les premiers auteurs. Nous ne parlerons que des travaux les plus importants.

M. Magnan, dans deux mémoires successifs (1), expérimentant sur le chien, ne réussit à produire qu'une gastrite alcoolique avec ulcérations et hémorrhagies, de la dégé-

---

(1) C'est à dessein que nous n'ajoutons pas atrophique : bien que cette dernière représente le type de l'hépatite interstitielle alcoolique, au point de vue pathogénique auquel nous nous plaçons dans ce travail, la distinction de la cirrhose des buveurs en atrophique, ou hypertrophique n'a aucune importance.

(2) *Soc. Biol.* 1869 et *Arch physiol.* 1873.

nérescence graisseuse sans trace de sclérose du foie et du rein : il se servait d'alcool trois-six du commerce étendu d'eau et introduit à la sonde, un des animaux survécut un mois et demi.

P. Ruge (1) chez le chien et le lapin, employant la même méthode n'avait déjà trouvé rien de plus, si ce n'est que dans le foie la dégénérescense graisseuse débutait au voisinage des veines sus-hépatiques.

M. Ripier (2) aurait obtenu par l'action de l'absinthe une hépatite interstitielle vraie, par le vin rouge et le vin blanc des lésions cellulaires dont la dégénérescence adipeuse constitue la principale, enfin par l'alcool absolu des lésions mixtes.

Dans les expériences de MM. Dujardin-Baumetz et Audigé (3), les examens n'ont montré que des lésions de gastrite et des lésions purement cellulaires du foie.

M. Straus et Blocq (4), chez des lapins auxquels on faisait absorber un mélange étendu d'alcools ethylique et amylique, et dont certains furent gardés un an, n'ont pas eu d'épaississement de la trame conjonctive du foie, mais parfois une infiltration embryonnaire de cette trame. Par contre ils ont réalisé la gastrite scléreuse alcoolique.

MM. Mairet et Combemale (5) n'ont vu dans le foie que la dégénérescence graisseuse : ils employaient l'absinthe du commerce et conservèrent leur chien pendant plusieurs mois.

---

(1) *Virchows Archiv*. XLIX. Janvier 1870.

(2) *Arch. de physiol.* Mai 1888 (renferme le résumé des travaux de l'auteur).

(3) *Bull. acad. Medec.* 1884.

(4) *Annales de physiol.* 1888.

(5) *Bull. Acad. So.* 1888.

De même Strassman (1) expérimentant également sur le chien avec de l'alcool.

A. Laffitte à la thèse (2) duquel nous empruntons cet aperçu historique, a intoxiqué des lapins, de préférence en mélangeant le liquide alcoolique à la nourriture de ces derniers. Il employait l'alcool éthylique, l'absinthe, le vin pur ou renforcé d'alcool.

Le foie alcoolique expérimental que décrit cet auteur n'est pas granuleux ni induré ni atrophié : il apparaît en général congestioné. Au microscope on constate que dans une première période la cellule s'aplatit en même temps que les capillaires se dilatent; plus tard l'atrophie cellulaire s'accuse encore; enfin la congestion augmentant toujours, on observe des hémorrhagies interstitielles, la disparition par compression de certains groupes cellulaires, enfin parfois des îlots de nécrose. Jamais il n'y a ni hyperplasie conjonctive ni même infiltration embryonnaire.

Pour Laffitte les expériences de M. Ripier sont contestables à plusieurs points de vue; restent donc comme différant sensiblement des résultats de l'auteur, les faits d'infiltration embryonnaire sans sclérose signalés par MM. Straus et Blocq : cette infiltration embryonnaire, Laffitte les atiribue assez vraisemblablement à une infection venant des ulcérations gastriques provoquées dans ce cas chez les animaux.

Il suffit de parcourir rapidement les lignes qui précèdent pour voir combien nous sommes loin de la description de Laënnec.

---

(1) *Viert. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.* XLIX. 1888.

(2) *Th. Paris*, 1892.

De plus les liquides alcooliques employés par les expérimentateurs précédents sont de nature assez variée pour que, si séduisante qu'elle soit, la théorie exposée par M. Lancereaux ne puisse être admise : pour cet auteur la cirrhose atrophique est l'apanage des buveurs de vin et le plâtrage de ce dernier est loin d'y être étranger, la dégénérescence graisseuse s'observant chez les buveurs de spiritueux renfermant des essences (absinthe, apéritifs).

D'ailleurs n'a-t-on pas observé la cirrhose atrophique typique dans certains cas, en dehors de tout excès alcoolique notamment (Laffitte) chez des saturnins?

Le travail si intéressant de Boix (1) concernant le foie des dyspeptiques nous donne, à notre avis, la compréhension de tous les résultats précédents si contradictoires en apparence auxquels sont arrivés les auteurs.

Chez le lapin, Boix a pu, en l'espace de un à deux mois et demi, provoquer par l'ingestion quotidienne de un gramme d'acide butyrique, une induration atrophique du foie avec histologiquement une sclérose marquée périportale et péribiliaire avec de plus, en certains points. néoformation de canicules biliaires, infiltration embryonnaire, épaississement des veines sur-hépatiques ; les cellules étaient en dégénérescence granuleuse (2). C'est on le voit le type presque parfait de la cirrhose atrophique de Laënnec.

Il est donc bien probable qu'à lui seul l'alcool, par son

---

(1) *th. Paris* 1895.

(2) Bien que l'auteur dise qu'il n'existait pas de dégénérescence graisseuse, l'absence d'emploi de l'acide osmique doit, de même que pour les expériences de Laffitte, ne faire accepter cette affirmation qu'avec réserves.

action directe sur le foie, n'est guère capable que de produire une congestion souvent intense et des dégénérescences cellulaires dont la dégénéressence graisseuse est la plus fréquente.

Quant à la cirrhose proprement dite elle est due aux fermentations gastro-intestinales si fréquentes chez les alcooliques, permettant aux acides qui en résultent (acides butyrique, acétique, lactique, etc...) d'être absorbés par la voie de la veine porte, d'où irritation des parois des ramifications intra-hépatiques de cette dernière, endophlébite et périphlébite. Il est probable que l'épaississement péri-sus-hépatique est dû à la même cause, lorsque les poisons ne pouvant plus être détruits par les cellules hépatiques altérées, sont entraînés dans la circulation par la voie des veines sus-hépatiques.

Sans nous étendre sur la pathogénie des cirrhoses autres que la cirrhose alcoolique, nous pouvons dire que l'infection ou l'intoxication digestive joue un rôle primordial dans les cirrhoses biliaires, notamment la cirrhose de Hanot, dans celle des saturnins et des cardiaques.

C'est assez dire, pour montrer que l'état du tube digestif fournit chez tous ces malades de précieux renseignements au double point de vue du pronostic et du traitement de leur affection hépatique.

E. Lefas.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE LA COCAÏNE

(*Suite*)

II. — Expérimentations sur les animaux. — 1° Von Anrep (*Archiv. f. d. gesammte Phys. von Pflüger*, t. XXI, p. 38, 1880). — Les animaux à sang froid sont sensibles à la cocaïne, ainsi que les animaux à sang chaud. La cocaïne agit surtout sur le système nerveux central : les centres nerveux, particulièrement les centres nerveux psychomoteurs sont vivement excités d'abord, puis affaiblis : le pouvoir réflexe, augmenté par les petites doses, s'atténue enfin par les doses massives; il n'est complètement supprimé que chez les animaux à sang froid. La respiration est accélérée; les doses mortelles seules la modifient en sens contraire. L'activité cardiaque est augmentée également jusqu'au moment où l'on emploie les doses massives. La pression sanguine est accrue. L'appareil modérateur du cœur est paralysé par les doses moyennes. Les muscles striés restent intacts. La pupille est dilatée ; les mouvements de l'intestin activés. La température cutanée s'élève, la température rectale s'abaisse, les sécrétions muqueuses sont diminuées. La mort résulte de l'arrêt respiratoire.

2° Vulpian (*Acad. des sciences*, 17 et 24 novembre 1884). — En instillant II ou III gouttes d'une solution aqueuse au 100° de chlorhydrate de cocaïne entre les paupières chez un chien, on produit, comme chez l'homme, une

anesthésie bornée à la cornée et à la conjonctive. La membrane nictitante participe à cette insensibilité. On observe aussi un certain degré de mydriase. L'anesthésie est très passagère.

Si on injecte 10 centigrammes de sel de cocaïne en solution aqueuse dans une veine sur un chien non curarisé, on voit les globes oculaires subir une propulsion, devenir plus saillants, les paupières s'écartent, les pupilles s'agrandissent, les cornées sont insensibles. L'animal se met à remuer vivement la tête : il est dans l'impossibilité de marcher ; il agite ses membres, remue la queue. Ces troubles moteurs semblent résulter d'une sorte d'ivresse. La sensibilité des membres est diminuée. Au bout de dix minutes tout disparaît.

Les sécrétions ne subissent aucune modification, sauf celle de la salive sous-maxillaire qui est devenue beaucoup plus abondante.

Chez les grenouilles, ces effets sont encore plus rapides. On peut anesthésier les doigts d'un membre en les faisant tremper une ou deux fois dans la solution de cocaïne.

L'action de la cocaïne, absorbée sous la peau, sur le cœur, est à peu près nulle ; mais quelques gouttes de la solution au centième, mises directement en contact avec cet organe, ralentissent manifestement ses mouvements.

L'introduction de la cocaïne dans le torrent circulatoire amène d'abord un abaissement, puis une élévation de la pression sanguine intra-artérielle. Cet abaissement est dû probablement à une influence affaiblissante exercée sur le cœur et l'élévation à l'action vaso-constritive de la cocaïne.

3° Laborde (*Bull. Soc. de Biologie*, 22 novembre 1884). — Une injection de 1 centigramme sous la peau d'un cobaye amène une hyperexcitabilité générale, caractérisée par une agitation incessante, des mouvements continus, comme irrésistibles ; une seconde injection accroît au maximum cette excitabilité. En même temps l'analgésie devient générale sur tout le tégument. Quelques minutes plus tard, surviennent des accès convulsifs, d'aspect épileptiforme. Si la dose n'est pas suffisante pour entraîner la mort, on voit cette agitation cesser peu à peu et l'anesthésie cutanée persiste seule pour disparaître au bout de quarante-huit heures.

Chez le lapin, chez le chien, on produit les mêmes effets avec des doses proportionnées au poids de l'animal. Avec 6 à 8 centigrammes sur un chien de 8 à 9 kil., soit en injections hypodermiques, soit en injections intra-veineuses, on détermine une espèce de mouvement perpétuel, accompagné de la même analgésie cutanée et muqueuse, mais peu marquée à la conjonctive oculaire, quoi qu'il y ait de la mydriase.

4° Grasset (*Acad. des sciences*, 9 février 1885). — Une injection hypodermique de 6 centigrammes chez un singe détermine de violentes attaques convulsives, huit minutes après l'injection. Des doses moindres sont sans effet.

Le chloral neutralise absolument cette action convulsivante : avec 1 gramme de chloral en injections rectales on empêche toute convulsion ; les doses de chloral doivent être proportionnées à celles de la cocaïne. 1 gramme suffit pour 6 centigrammes et même pour 12.

5° Gubb (*Medic. Press and Circular*, 11 mars 1885). —

Quand une grenouille a été empoisonnée par une injection hypodermique de cocaïne (environ 1/10 de grain = 0 gr. 0064) le résultat immédiat est de faire tomber les battements du cœur à 10 ou 12 par minute, avec des irrégularités et des intermittences. Si la dose n'est pas dépassée, l'animal peut revenir à la santé en quelques heures, mais si elle est portée à 1/2 grain (0 gr. 032), les battements descendent à 6 ou 8 par minute ; le cœur est gorgé de sang et son action est laborieuse et irrégulière ; le rythme des oreillettes et des ventricules est troublé et l'on observe de longs arrêts entre les contractions des ventricules. Il est curieux d'observer que les ventricules sont plus rapidement et plus sévèrement atteints que les oreillettes, et, à la période ultime (si la dose est mortelle) cessent de battre avant ces dernières. Si on applique directement sur le cœur mis à nu avec soin I à II gouttes d'une solution à 4 p. 100, il se produit rapidement un arrêt des mouvements du cœur ; l'application semblable d'eau salée ne produit aucun effet ; ce qui prouve que le résultat est bien dû à la drogue et pas au choc. Injectée dans l'épaisseur du ventricule, la cocaïne produit le même effet bien plus rapidement. Le cœur s'arrête en *systole*. Son influence sur le système respiratoire est un peu moins marquée, mais il y a d'abord une excitation produisant l'augmentation de la rapidité des mouvements respiratoires, suivie d'un ralentissement puis de l'arrêt ultime de la fonction. Si on se sert de fortes doses, la période d'excitation peut manquer, le ralentissement de la respiration apparaît immédiatement, pour aboutir à l'arrêt après une inspiration profonde. A propos du système nerveux, la cocaïne paraît, par ses petites doses, agir comme un stimulant de la moelle

épinière, augmentant son irritabilité réflexe. Lorsqu'on se sert de plus fortes doses, cette excitation peut manquer, ou au moins être très raccourcie, et il y a presque immédiatement diminution de l'excitation des réflexes et enfin perte de réponse à l'excitation électrique. De petites doses augmentent l'irritabilité des fibres sensitives des nerfs, sans avoir aucun effet sur les filaments moteurs. De fortes doses paralysent complètement les filaments sensitifs, et diminuent beaucoup la sensibilité des filaments moteurs.

Les réflexes tactiles sont très diminués. Les pneumogastriques sont paralysés, même avec des doses modérées, mais leurs fibres inhibitoires ne sont affectées que d'une façon imperceptible par les petites doses. Appliquée localement sur le tronc nerveux, elle produit, après une période passagère d'excitation, la dépression, puis la paralysie et si la solution est forte, ce dernier effet peut être presque instantané. Si le contact du nerf avec la solution n'est pas trop prolongé, son excitabilité peut revenir après une disparition de quelques heures. Si on fait sur une grenouille empoisonnée par la cocaïne une préparation musculo-nerveuse, l'excitabilité du nerf est très diminuée (cela est vrai aussi pour le muscle) et il faut un courant électrique plus fort pour produire une contraction musculaire que pour une grenouille saine. Les contractions musculaires sont plus courtes et moins puissantes et il est impossssible de produire une contraction tétanique si la quantité de drogue donnée a été forte. Si le courant interrompu passe à travers le nerf pendant quelque temps, il produit plusieurs contractions courtes, faibles, et rapides et puis ensuite rien. Si le nerf d'une préparation musculo-nerveuse est trempé pendant quelques secondes dans une solution de cocaïne et en est

retiré, l'excitabilité est très augmentée. Le plus léger attouchement d'un instrument d'acier met le muscle en violentes contractions tétaniques. Si le nerf est de nouveau trempé dans la solution, l'excitabilité diminue beaucoup et est finalement perdue à toute espèce d'excitations. La drogue a, par conséquent, une action marquée sur le pouvoir de coordination, qui se rencontre surtout après les doses modérées. De petites doses de cocaïne n'ont qu'un effet léger lorsqu'on les injecte dans l'épaisseur des muscles volontaires (striés), mais de fortes doses diminuent d'une façon très notable leur excitabilité et le caractère des contractions musculaires produites est très altéré. Les contractions sont plus courtes, plus petites et plus faibles, et l'excitabilité musculaire est promptement épuisée. L'action locale de la cocaïne sur le tissu musculaire ressemble beaucoup à ce qu'on a observé dans l'empoisonnement général. Les effets généraux de la cocaïne, d'après les observations ci-dessus, paraissent doubles (en mettant à part l'action anesthésique sur la peau, les membranes muqueuses et les yeux) : à petites doses, il semble agir comme un stimulant, mais à doses plus fortes les effets de dépression, qui peuvent suivre même les petites doses, sont immédiats et marqués dès le début, et arrivent même à la cessation des fonctions. Cette remarque s'applique à son action sur la plupart des organes. Elle paralyse aussi les nerfs vagues et appliquée localement à la plupart des organes et des tissus constitués, elle amène la cessation de leur activité fonctionnelle.

6° HERMANN M. BIGGE. (*A Cyclop. of drug pathogenesy*). — Il a fait une étude complète sur l'action physiologique

de la cocaïne sur la grenouille commune et est arrivé aux conclusions suivantes :

a. Elle a une action locale anesthésique très puissante sur la peau, les muqueuses et les yeux. Elle produit ordinairement la mydriase.

b. Elle a une action déprimante sur le cœur ; réduit la force et la fréquence de ses battements et le paralyse finalement (d'abord le ventricule, ensuite l'oreillette) en diastole.

c. A petites doses, elle augmente d'abord légèrement le nombre des respirations, puis les diminue ; à fortes doses elle les diminue rapidement, et enfin amène la mort par la paralysie de la respiration.

d. Elle augmente d'abord légèrement, puis diminue beaucoup l'action réflexe de la moelle épinière à petites doses. Les fortes doses amenant la dépression dès le début.

e. Les grandes et petites doses (pas les très petites) ont une action déprimante sur les nerfs moteurs.

f. Elle paralyse le nerf pneumogastrique.

g. Les doses modérés diminuent l'excitabilité des muscles striés.

h. L'application locale de la cocaïne sur les organes et les tissus les mieux constitués cause une cessation temporaire de leur activité fonctionnelle.

i. De son action locale et constitutionnelle sur les différents organes et tissus, il est probable que son action générale est complètement une action locale exercée sur toutes les parties avec lesquelles il a une affinité chimique, grâce à sa présence dans le sang.

7° Boldt (*N. Y. Med. Record.* 24 déc. 1885). — Il

rapporte devant la New-York Pathological Society qu'après une injection de II gouttes d'une solution à 33 p. 100 chez un chat pesant 7 livres 1/2, la mort survint en 12 minutes. Premier effet, marche sautante avec les extrémités traînantes, suivie bientôt de convulsions; entre les convulsions, l'animal est couché avec les membres raides, la tête tourné en haut et en arrière. Respiration de Cheyne-Stokes; température dans le rectum après le décès de 104° (40°). L'autopsie montre les vaisseaux de la pie-mère du cerveau et de la moelle très congestionnés : extravasation de sang dans le 4e ventricule et à la partie antérieure de la moelle, et très petites extravasations dans toute les substances cérébrales. Poumons affaissés. Ventricule droit très distendu. Substance grise de la moelle remplie de sang, ressemblant à une éponge sanglante. La mort semble avoir été produite par le centre respiratoire. Cette expérience a été faite devant les Drs Spitzka, Waldsten et Brill (1).

(*La suite au prochain numéro*). Dr MARC JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

ALBUMINURIE DE LA STATION DEBOUT

M. le professeur J. Teissier de Lyon traite, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, de l'*albuminurie de la station debout* ou *albuminurie orthostatique*. Cette albuminurie *fonctionnelle*, assez rare d'ailleurs, ne se produit que lorsque le

---

(1) Les expériences 5e et 6e et 7e ont été traduites du *Cyclopœdia of drug pathogenesy*

sujet, qui en est atteint, se trouve dans la position verticale, que cette position soit accompagnée ou non de mouvement.

Nous reproduisons cet article de M. Teissier, parce qu'il contient l'observation très complète d'albuminurie due à la station debout, et que ce professeur, à la suite de l'observation, fait ressortir avec une grande clarté les signes de cette maladie.

Nous estimons qu'il est bon de reproduire les faits et les descriptions propres à bien déterminer les espèces morbides. Mais nous ne pouvons cependant nous borner à cette simple reproduction. La justice nous oblige de reconnaître que ce travail, que nous donne M. Teissier, a déjà été publié dans tous ses détails par le Dr Marie et que nous l'avons reproduit *in extenso* dans l'*Art Médical* de 1896.

A une époque où les travaux deviennent si touffus en pathologie, les auteurs devraient avoir le plus grand soin d'élaguer les inutilités. Ils devraient éviter même l'apparence d'un désir d'être comptés pour quelque chose dans la découverte de ces mille riens qu'il faut se contenter de signaler à grands traits, sans embarrasser leur histoire de considérations plus ou moins neuves sur leur pathogénie ou leur traitement.

La malade qui a motivé cette leçon est une jeune fille de 15 ans, malingre, souffreteuse. Elle est amenée à la consultation par sa mère, veuve, dont le mari fut emporté par une albuminurie d'origine palustre. La mère déclare que c'est l'affection à laquelle son mari a succombé qui l'a mise sur la voie de la maladie de sa fille. Elle a, plusieurs fois par jour, analysé elle-même les urines et a

constaté que, si le matin elles ne contenaient rien d'anormal, l'après-midi, l'acide nitrique y provoquait la formation d'un gros disque albumineux.

Le soir, tout rentre dans l'ordre, à moins que, ajoute la mère, *il n'y ait eu dans la journée station debout prolongée*. L'enfant, d'ailleurs, ne paraît pas trop incommodée par cette affection qui ne l'a jamais empêchée de continuer son métier de corsetière. Toutefois, un examen attentif révèle que la malade est franchement anémique; le teint est jaunâtre, et il existe en même temps une hyperexcitabilité nerveuse très prononcée. Cauchemars la nuit, réveil en sursaut, maux de tête; fourmillements des extrémités et tremblement des mains.

La digestion n'est pas non plus parfaite : crampes d'estomac, régurgitations aqueuses. Le foie est un peu gros; la rate est sensible à la percussion.

Au poumon, on note un peu d'obscurité des deux sommets.

En résumé, on se trouve en présence d'un sujet dans un état évident de faiblesse générale, qui accuse des troubles névropathiques, et qui, enfin, est *albuminurique*.

Cette albuminurie est au reste toute spéciale. Elle ne saurait être attribuée à une néphrite, puisque le cœur fonctionne bien, que la pression artérielle est normale et que la présence de l'albumine dans les urines n'est pas constante. Il ne s'agit pas non plus d'une albuminurie d'ordre digestif, car la production de l'albumine est indépendante de l'heure des repas et de la nature des aliments ingérés. Enfin, le cas en question n'a rien de commun avec l'albuminurie prétuberculeuse, qui est une albuminurie habituellement matutinale s'accompagnant constamment d'hypotension artérielle.

Dans quel groupe faut-il ranger cette albuminurie? Dans la catégorie des *albuminuries fonctionnelles*, albumiries qui ne se produisent que lorsque le sujet se trouve dans certaines conditions spéciales, et qui disparaissent lorsqu'il cesse de réaliser ces conditions. Il s'agit, dans l'espèce, d'une *albuminurie due à la station debout*.

Ce diagnostic, qui avait déjà été posé par la mère, n'a pu qu'être confirmé. Du reste, pour le contrôler, on a fait coucher l'enfant pendant quarante-huit heures, et les différentes analyses d'urine pratiquées pendant ce laps de temps n'ont pu réaliser la présence de l'albumine. Le soir du second jour, l'enfant se lève à 7 heures pour prendre son repas; à 8 heures, on constatait un léger disque albumineux.

L'albuminurie orthostatique est assez rare, et M. le professeur Teissier, dans sa longue carrière médicale, n'a pu en réunir que 6 observations. Ces 6 observations se rapportent toutes à des enfants ou à des adolescents, et chez trois d'entre eux, l'albumine s'est produite à la suite d'une scarlatine. Toutefois, les cas mixtes sont légion ; cas où la station debout associée à la fatigue, au travail musculaire ou cérébral, aux troubles digestifs, provoque l'albuminurie. Mais, pour la commodité de la description, il est bon de limiter l'étude de cette maladie aux cas types où la station debout, seule, donne lieu à la présence de l'albumine dans les urines.

Aux 7 observations de M. Teissier, il faut en ajouter 3 publiées par M. Merklen, en 1888, dans les *Archives de médecine*, une de M. Klemperer relatée en 1889, celle de M. Bertrand recueillie dans le service de M. Strauss, et enfin quelques cas publiés en 1894 par M. Oswald.

Dans toutes ces observations, l'influence de la station debout n'est pas niable, et c'est elle seule qui agit.

Quels sont les caractères généraux de ces urines albumineuses ? Elles sont un peu *plus louches*, de densité un peu élevée, et deviennent rapidement alcalines. Elles laissent déposer une certaine quantité de mucus et de phosphate ammoniaco-magnésien. Elles contiennent en moyenne 0,50 centigrammes d'albumine, exceptionnellement 1 gramme. Le précipité est presque exclusivement formé de *sérine* avec une certaine proportion de *nucléo-albumine*, c'est-à-dire d'albumine précipitable par l'acide acétique et non par la chaleur. Enfin, l'urine ne contient pas de cylindres hyalins.

A quoi faut-il attribuer cette albuminurie orthostatique ? L'idée de néphrite a déjà été éliminée.

La pesanteur est-elle en cause ?

Il peut très bien se faire qu'amenant une gêne dans la circulation du rein, et, de ce fait, provoquant un ralentissement du courant sanguin, elle favorise la transsudation de l'albumine à travers les glomérules de Malpighi. Toutefois M. Bertrand estime que la pesanteur, seule, ne peut produire l'albuminurie ; il y faut joindre le travail musculaire. C'est ainsi qu'il a faradisé au lit un de ses malades et a provoqué la présence de l'albumine dans les urines qui n'en contenaient habituellement que dans la station debout.

L'explication que donne M. le professeur Teissier de ce phénomène est toute différente. Pour lui, trois facteurs sont nécessaires à la production de l'albuminurie orthostatique : la *congestion*, le *catarrhe* et le *nervosisme*.

La congestion est démontrée par ce fait que les jeunes filles atteintes de cette affection ont, pendant les époques, une albuminurie permanente. La présence de mucus et de nucléo-albumine indique un catarrhe vésical. Quant à

l'hérédité névropathique, elle se trouve notée dans toutes les observations. En un mot, cette affection est, pour M. Teissier, une *manifestation congestive d'ordre névropathique*; opinion qui n'est que la synthèse des deux explications que MM. Merklen et Marie ont donnécs du phénomène.

M. Merklen voit dans l'albuminurie orthostatique une manifestation purement congestive à répétition. Quant à M. Marie, frappé de l'existence constante du catarrhe vésical, il attribue ce genre d'albuminurie à un trouble sécrétoire de l'innervation sympathique.

La question d'étiologie une fois traitée, il s'agit de poser le diagnostic. Rien de plus simple. Il suffira d'analyser souvent, avec minutie, à différentes heures de la journée, les urines émises par le sujet après diverses positions — debout, couché, au repos, en mouvement, à jeun, après son repas, etc. — On pourra ainsi, aisément, constater si l'on a affaire à une albuminurie produite uniquement par la station debout.

Dans ce cas, le pronostic sera bénin; l'albuminurie orthostatique proprement dite étant facilement curable. Mais s'il s'agit d'une albuminurie commune qui simplement augmente par la station debout, il en sera tout autrement. Le pronostic dépendra nécessairement du genre d'albuminurie que l'on traite et ne saurait être modifié par les divers changements que peut provoquer la marche ou la position verticale.

Le traitement sera surtout hygiénique. Il faut d'abord proscrire la diète lactée qui écœure à la longue et ne saurait suppléer à une bonne alimentation. Les œufs, un régime végétarien conviennent surtout aux enfants. Enfin, l'important est d'astreindre ses malades au repos physique

et intellectuel, et à la position horizontale pendant une partie de la journée. Au surplus, la vie au grand air et le séjour à la montagne achèveront la guérison.

L'étude expérimentale chez les animaux de la tuberculine, du liquide antidiphtéritique de Roux, du bacille pyocyanique et de quelques autres substances analogues, ont démontré que ces substances avaient une action élective sur le rein dont elles déterminaient la congestion, l'hémorrhagie et constamment l'albuminurie.

La connaissance de cette action des toxines sur le rein nous a engagé à les essayer dans le traitement de l'albuminurie. Nous avons eu quelques succès, malheureusement passagers. Nous pensons que dans l'albuminurie par station debout, on aurait plus de chance d'un succès définitif, puisqu'ici il n'existe pas de lésions définies.

Dr XAVIER.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

NATURA MEDICATRIX

Nous avons dit dans notre *traité de pathologie générale* que c'était l'organisme qui guérissait sa maladie : *natura medicatrix*. Cet axiome d'Hippocrate est vrai, non seulement dans les maladies soumises à un traitement banal, mais encore dans celles qui demandent un traitement spécifique, traitement véritablement héroïque et qui réussit presque toujours. La fièvre intermittente et le sulfate de quinine serviront de base à ma démonstration.

M. Manquat a communiqué à la Société de Biologie, dans sa séance du 8 décembre, un travail de laboratoire

d'où il résulte que le sulfate de quinine est éliminé en totalité par les urines.

Cette élimination commence au bout d'une heure, s'accentue de plus en plus et atteint son maximum vers la quatrième heure; puis elle diminue brusquement, pour se terminer tout à fait entre la seizième et la dix-septième heure.

M. Manquat ajoute fort judicieusement que le maximum d'effet thérapeutique ne correspond pas au maximum de présence du sulfate de quinine, cette influence de présence étant entre la cinquième et la sixième heure, et le maximum thérapeutique entre la septième et la dixième heure.

M. Manquat fixe entre la septième et la dixième heure, *presque invariablement* l'action thérapeutique du sulfate de quinine. C'est là une erreur grave contre laquelle protesteront tous les médecins qui ont pratiqué dans les pays de fièvre intermittente.

Voici un fait que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois. Un malade reçoit une dose suffisante (1 gramme) de sulfate de quinine pour couper au moins les accès. Il prend cette dose de sulfate de quinine inopportunément, une heure par exemple avant l'accès; l'accès est plus ou moins perturbé dans sa manifestation, mais il se produit. Et l'accès suivant, qui dans la fièvre tierce devait venir le second jour, dans la fièvre quarte le troisième jour, cet accès manque. L'action du sulfate de quinine a donc eu son maximum, non pas dix heures après, mais deux ou trois jours après son administration et son élimination.

J'ajoute que le plus souvent, surtout dans les fièvres intermittentes quartes automnales, le sulfate de quinine

suspend les accès et ne guérit pas la maladie; et que le retour des accès, d'après les travaux de Torti, de Sydenham et de Bretonneau, se produit, au bout de deux semaines dans la fièvre tierce et au bout de trois semaines dans la fièvre quarte.

D'où nous concluons que l'action thérapeutique du sulfate de quinine n'est point limitée à quelques heures, mais se prolonge pendant des jours et des semaines, après l'élimination totale du médicament.

Revenons maintenant à la question qui fait le sujet de cette note.

Premier fait. Le sulfate de quinine commence à s'éliminer une heure après son administration ; cette élimination est pour ainsi dire complète de la cinquième à la sixième heure ; les dernières traces du médicament disparaissent à la dix-septième heure.

Second fait. Le sulfate de quinine administré par la bouche est habituellement sans action curative sur l'accès intermittent pendant les premières heures de son administration, quand la dose presque toute entière est encore présente dans l'organisme.

Troisième fait. L'action curative du sulfate de quinine est surtout marquée douze heures avant l'accès. Elle est plus certaine encore vingt-quatre heures avant (d'où le précepte de Torti : donner le fébrifuge le plus loin possible de l'accès à venir). Enfin cette action curative se prolonge pendant des jours et des semaines.

Quatrième fait. L'action du sulfate de quinine est comparable à celle des vaccins qui n'est parfait qu'après l'élimination de l'agent vaccinant. de quatre à quatorze jours après la vaccination.

D'où je conclus que le sulfate de quinine n'est ni un

antidote, ni un antiseptique, mais qu'il modifie la cellule organique à la manière des vaccins, la met en état de produire une guérison momentanée ou durable de la fièvre intermittente : *natura medicatrix*.

Dr P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

INDICATION DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ.

L'administration de l'iodure de potassium dans le traitement de l'acné est une chose banale en homœopathie. Je pourrais citer des cas très nombreux de guérison par ce médicament. Aussi, il m'a paru intéressaant de reproduire la note suivante qui se trouve dans le numéro du 27 novembre 1899 de la *Semaine médicale*.

« Il peut paraître étrange d'administrer contre l'acné l'iodure de potassium, qui lui-même provoque facilement des éruptions acnéiques. Cette médication paradoxale aurait, cependant, donné à M. le docteur F. J. Leviseur (de New-York) de bons résultats dans les cas d'acné rebelle. Notre confrère fait prendre trois fois par jour, dans du lait, une dose de 0 gr. 30 centigrammes d'iodure de potassium. Sous l'influence de ce remède, on ne tarde pas à constater une augmentation de volume des éruptions acnéiques préexistantes, ainsi que l'apparition de nouvelles papules d'acné. A ce moment on cesse la médication iodurée et on passe au traitement local qui, une fois que l'iodure de potassium a exercé son action

modificatrice sur les téguments, se montrerait généralement efficace. »

« Il peut paraître étrange, dit l'auteur de cette note d'administrer contre l'acné, d'iodure de potassium qui lui-même provoque facilement des éruptions acnéiques. » Ce qui est beaucoup plus étrange encore, c'est l'état d'esprit d'un médecin pour lequel la loi de similitude est quelque chose d'absolument inconnu. Bien avant Hahnemann, les médecins au courant de la science connaissaient l'axiome d'Hippocrate : *similia similibus curantur.* Mais qu'àla fin du XIX[e] siècle, dans un milieu médical où se sont livrés et se livrent encore tant de combats pour ou contre l'homœopathie, ignorer la loi de similitude est plus qu'étrange.

Dans tous les cas, le docteur Leviseur, qui propose d'iodure de potassium dans le traitement de l'acné, ne peut prétendre qu'il ignore l'origine homœopathique de cette indication, car il habite New-York, ville dans laquelle un très grand nombre des praticiens appartiennent à l'école de Hahnemann.

D'habitude, quand les allopathes s'emparent d'un de nos médicaments, afin d'en masquer plus sûrement la provenance, ils ont grand soin de forcer les doses. M. Leviseur n'a pas manqué de plier sa pratique à cette fâcheuse coutume, et il prescrit 0 gr. 30 d'iodure de potassium trois fois par jour. Et sous l'influence de cette dose ridiculement exagérée, il ne tarde pas à constater « une augmentation de volume des éruptions acnéiques préexistantes, ainsi que l'apparition de nouvelles papules d'acné. »

Nous prescrivons d'ordinaire quelques centigrammes de la 1[re] ou de la 2[e] trituration centésimale et nous obtenons la guérison sans traverser l'aggravation.

Nous ne voulons pas quitter ce sujet sans avertir nos confrères séparés qu'il ne suffit pas d'emprunter les médicaments à notre matière médicale, qu'il ne suffit même pas d'user de petites doses, qu'il faut encore tenir compte des indications des médicaments. En effet, dans l'acné, ce n'est pas toujours l'iodure de potassium qui est indiqué : quelquefois c'est l'acide nitrique ou le soufre ; et dans l'acné pustuleuse, l'émétique est le médicament principal. Sans ces deux conditions : dose et indication, il n'y a plus qu'une thérapeutique de hasard. L'exemple de la coqueluche est vraiment démonstratif pour la thèse que je soutiens. Les médecins allopathes, fatigués de nos succès dans le traitement de la coqueluche, et sachant que le drosera était le médicament habituel dans notre école, nous ont *emprunté* ce médicament. Mais ils n'ont pris ni la dose convenable, ni surtout des indications particulières. Le drosera n'est pas un spécifique de la coqueluche. Il y a des cas où son action thérapeutique est nulle ; il doit être remplacé par la cochenille, le corail, l'ambre, le semen-contra. Et pour réussir dans le traitement de la coqueluche, il faut savoir nettement dans quels cas particuliers on doit prescrire l'un de ces médicaments.

Nous disions encore que le choix de la dose est fort important ; qu'on en juge. Le drosera qui modifie la toux quinteuse des phtisiques à dose forte, aggrave, sans la guérir, à ces mêmes doses, la toux quinteuse de la coqueluche. Et dussè-je vous scandaliser, une expérience d'un demi-siècle me contraint de proclamer bien haut que la dose de choix du drosera dans le traitement de la coqueluche est la 6e ou même la 12e dilution, c'est-à-dire l'unité précédée de 12 ou de 24 zéros.

Encore une fois, c'est l'expérience clinique répétée qui m'amène à cette conclusion. J'aimerais mieux que le drosera guérisse à toute dose, parce que ce serait une difficulté de moins pour la réunion de toutes les écoles dans la pratique de la thérapeutique positive.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE AVEC SIGNE DE KERNIG. — II. BRONCHITE MEMBRANEUSE CHRONIQUE ASPERGILLAIRE. — III. PIGMENTATIONS BLEUES CONSÉCUTIVES A DES INJECTIONS DE MORPHINE. — IV. PAROTIDITE SATURNINE DOUBLE. — V. APPENDICITE ET OBSTRUCTION INTESTINALE. — VI. CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — VII. REMARQUE SUR LA RADIOSCOPIE DANS LA BRONCHO-PNEUMONIE CHEZ LES ENFANTS.

I

(*Séance du 1er décembre*). — MM. WIDAL et MERKLEN viennent d'observer un cas d'hémorragie méningée avec le signe de Kernig ; il s'agissait d'un homme de 32 ans, qui, en pleine santé, tomba de sa chaise sans connaissance sans avoir présenté aucun symptôme prémonitoire.

Il fut apporté à l'hôpital et, quelques heures après, revint à lui, sans présenter ni paralysie, ni contractures. Il se plaignait seulement d'une céphalée intense et de rachial-

gie; les mouvements du tronc étaient douloureux; vue trouble, avec pupilles très légèrement dilatées; face congestionnée; yeux larmoyants, 90 pulsations.

Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine, le malade ayant eu un chancre sept ans auparavant, on aurait pu penser à la syphilis cérébrale, mais le signe de Kernig permettait d'incriminer les méninges.

L'état persista analogue pendant quatre jours. Le cinquième, température 38 degrés et légère contracture de la nuque.

Le sixième et le septième jour, la température oscille de 38 à 38,8; le signe de Kernig, la céphalée et la rachialgie persistent.

Le huitième jour, syncope pendant une demi-heure.

Le neuvième jour, syncope et mort subite.

A l'autopsie, on trouve un caillot hémorrhagique placé à la base du cerveau dans le lac arachnoïdien, et se prolongeant en bas sur la face antérieure de la protubérance, du bulbe et de la moelle; le canal rachidien était inondé de sang liquide.

Kernig avait rencontré le signe qu'il a décrit dans l'hémorrhagie méningée; depuis, Henrick en a publié une observation.

Le signe de Kernig indique donc une lésion des méninges médullaires, que cette lésion soit une méningite ou une hémorrhagie; il ne se rencontre pas souvent dans les méninges tuberculeuses, parce qu'en général elles touchent peu les méninges de la moelle.

II

MM. Devillers (de Guise) et L. Rénon ont observé un

cas très curieux de *bronchite membraneuse chronique* due à l'*aspergillus fumigatus*.

Contrairement aux observations ordinaires, où les affections membraneuses aspergillaires sont consécutives à des dilatations bronchiques, des infarctus, des cavernes pulmonaires, du cancer du poumon, l'affection paraît avoir été primitive.

Mme X..., de Guise, aide son mari à trier des graines, principalement des graines de blés, pour choisir des graines bien résistantes, destinées à être ensemencées, dans des terrains peu fertiles; ce triage se fait dans des pièces humides, il dégage beaucoup de poussières; Mme X... prend parfois les graines dans la bouche et les écrase avec les dents.

Elle s'est toujours bien portée, lorsqu'en 1894, elle trouva avoir un goût de moisi dans la bouche, survenant par instants avec sensation d'étranglement dans la gorge et disparaissant après l'expulsion de quelques crachats insignifiants.

Pendant quatre ans, Mme X... ne ressentit rien de plus; en 1898, expulsion des membranes. Au mois de mai 1898, Mme X... fut prise, quelques jours avant l'époque présumée de ses règles, de sifflements dans la gorge avec un peu de gêne de la respiration : le sifflement augmenta les heures suivantes, et, en moins de douze heures, une toux vive et quinteuse se déclara, accompagnée d'un ronchus intense; après quelques heures d'angoisse, la malade dans un dernier effort d'expulsion, rendit une membrane de couleur verdâtre.

Dès lors, presque à chaque époque menstruelle, Mme X... est prise des mêmes symptômes, et elle expulse une membrane de dimensions variables de 3, 4, 5 à

6 centimètres de longueur sur 1 ou 2 centimètres de largeur, plus ou moins enroulée sur elle-même.

Le Dr Devillers, au courant des travaux récents sur l'aspergillose, pensa à cette affection et envoya une membrane fraîche à M. Caillot, directeur de l'Institut agronomique de Laon, qui affirma que les membranes étaient entièrement composés de mycelium et acquit la certitude qu'on se trouvait en présence d'un aspergillus, probablement de l'aspergillus fumigatus.

Le Dr Renon reçut de M. Devillers une membrane fraîche qui, par suite d'un retard, ne parvint que complétement desséchée. Les cultures démontrèrent absolument la présence de l'aspergillus fumigatus.

Mme X... vint à Paris le 4 juin dernier, dans le but de faire assister le Dr Renon à une de ses crises, malheureusement elle expulsa sa fausse membrane en route; elle la recueillit dans un tube stérilisé. L'examen histologique et les cultures firent ainsi constater qu'il s'agissait d'aspergillus fumigatus; la fausse membrane était constituée par un mycélium ramifié, situé au milieu d'une substance un peu granuleuse.

Jusqu'à présent le traitement (liqueur de Fowler, eau de la Bourboule, eau d'Enghien, inhalation d'iode, hyposulfite de soude), n'a pas donné de résultat appréciable et les expulsions de fausses membranes reviennent à intervalles à peu près réguliers.

Le diagnostic de bronchite membraneuse chronique aspergillaire s'impose. Il s'agit, en effet, à n'en pas douter, d'une affection membraneuse des voies respiratoires, d'origine aspergillaire, puisque les membranes sont composées exclusivement de mycélium d'aspergillus fumigatus. L'affection est primitive, puisque la malade n'avait

jamais présenté la moindre lésion de l'appareil respiratoire avant de ressentir ce singulier goût de moisi dans la gorge qui a été le point de départ des accidents, et qui témoignait de la présence du champignon. La lésion ne peut siéger que dans une bronche, et dans une grosse bronche ; l'examen stéthoscopique souvent répété n'a pas permis de déceler la moindre cavité dans le poumon ni dans les bronches ; tous les signes qui précèdent ou qui accompagnent l'expulsion des membranes sont des signes essentiellement bronchiques ; les membranes sont légèrement enroulées sur elles-mêmes ; enfin, dans une expectoration de la malade, il fut possible de rencontrer, à côté de mycélium et d'une tête sporifère, des cellules caliciformes et cylindriques d'origine bronchique manifeste. L'absence de ramifications dans les membranes, leur largeur assez marquée, expliquent les gros râles sibilants et ronflants auxquels elles donnent naissance, généralement du côté gauche, et permettent de dire que l'affection siège dans les grosses bronches, et de penser qu'elle s'est développée plutôt dans la bronche gauche que dans la bronche droite ; ce n'est là toutefois qu'une probabilité, car il nous paraît impossible de pousser plus loin l'analyse des faits.

Le pronostic d'une telle mycose nous paraît comporter quelques réserves ; sans doute, l'état général est très bon ; les crises, bien que fréquentes, n'offrent aucun danger. Mais l'état se prolonge malgré une médication iodée des plus énergiques, et l'on peut toujours redouter que le parenchyme pulmonaire ne soit envahi à son tour, ou qu'une inoculation de spores par la voie sanguine ne donne lieu à une aspergillose généralisée, comme chez les

animaux dont Thary et Lucet ont rapporté l'histoire (1). C'est, à notre avis, le seul point sombre du pronostic, car, par elle même, cette bronchite membraneuse ne nous semble pas très alarmante.

Ce cas paraît avoir été produit par les graines couvertes de moisissures ; il a donc une grande importance au point de vue de l'étiologie.

III

M. THIBIERGE présente à la Société une malade de sa consultation dermatologique de la Pitié.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui vint le consulter pour des syphilides tuberculeuses serpigineuses de la jambe et de la fesse droite; cette malade, qui est morphinomane depuis l'âge de 16 ans, présente des altérations cutanées importantes sous l'influence de la morphine.

D'abord, sur toute la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, depuis un travers de doigt au-dessous des clavicules jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis, et sur leurs parties latérales jusqu'à une ligne verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle, la peau est épaissie, infiltrée, lardacée et présente les traces d'un nombre considérable d'injections : ce sont des croûtes brunâtres punctiformes, reposant sur une légère saillie papuleuse rappelant l'aspect d'une papule de pru-

(1) Ad. Lucet. De l'aspergillus fumigatus chez les animaux domestiques et dans les œufs ou incubations. Paris 1897. — Thany et Lucet. Mycose aspergillaire du cheval. *Rev. de méd. vétérinaire*, 1895, p. 338. — Il s'agit d'une vache et d'une jument qui, dans le décours d'aspergillose locale, contractèrent une septicémie hémorragique suraiguë aspergillaire.

rigo, ou bien des cicatrices arrondies, également semblables à celles qui succèdent aux papules de prurigo excoriées ; en outre, par places, on voit des saillies rouges, rosées, atteignant jusqu'au volume d'une petite noisette, très douloureuses à la moindre pression, la plupart fluctuantes ; au dire de la malade, des lésions semblables à ces dernières se sont déjà à plusieurs reprises terminées par la sortie spontanée de quelques gouttes de pus, mais jamais n'ont donné issue à une suppuration considérable.

En outre on voit des taches de coloration bleue, occupant les cuisses presque exclusivement. La coloration de ces taches ne saurait mieux être comparée qu'à celle que produit l'encre de Chine employée pour le tatouage de la peau ; elle est cependant un peu plus pâle que celle de la plupart des tatouages. La coloration n'est pas absolument uniforme sur toute l'étendue de la tache, mais légèrement mouchetée.

Ces taches sont de forme arrondie ou allongée légèrement irrégulière, elles atteignent au maximum 2 à 3 millimètres de diamètre.

L'examen histologique a permis de constater au niveau de ces taches que le pigment infiltré dans le derme, et réparti surtout aux environs des vaisseaux, n'offre aucune des réactions des pigments d'origine hématique, qu'il paraît constitué par des particules charbonneuses, et accompagné de particules brillantes et incolores qui paraisent de nature siliceuse.

M. Moutard-Martin a présenté à la Société, il y a deux ans, une malade également morphinomane et syphilitique, qui présentait aussi des taches bleuâtres sur les

cuisses et les autres segments des membres inférieurs. Le pigment noir, trouvé à l'examen histologiques, fut également regardé comme constitué par du charbon.

M. Marie présente une malade morphinomane depuis plus de vingt ans qui offre sur les bras une pigmentation ocreuse des plus prononcées.

IV

(*Séance du 8 décembre*). — M. A. Petit présente un malade atteint d'une *parotidite saturnine double*.

Il rappelle que dès 1882, M. Comby signalait l'hypertrophie des parotides chez les saturnins; depuis cette époque, des cas analogues ont été présentés par Achard et par Launois.

On a signalé aussi les parotidites à la suite de l'intoxication par le cuivre (Chauffard) et plus souvent sous l'influence de l'iodure de potassium (Comby, Villard, Régnier, Balzer, Renault et Salmon). De simple badigeonnages d'iode ont pu la produire (Guelliot, Renon et Follet).

Le malade de M. Petit est un homme de trente ans, exerçant la profession de peintre en bâtiment depuis l'année 1883, et ayant présenté les premiers accidents de saturnisme en 1889, sous forme de coliques de plomb revenant surtout par crises périodiques au printemps : il a eu jusqu'ici onze crises de ce genre. Au mois de juillet 1898, il fut atteint pour la première fois de paralysie radiale droite qui guérit en l'espace de trois mois sous l'influence du traitement approprié et de l'électrisation.

Au 23 novembre dernier, nouvelle crise de colique

saturnine, accompagnée d'une céphalée intense, et de l'apparition d'une douleur manifeste rétro-maxillaire, bilatérale, au niveau des régions parotidiennes qui devinrent simultanément le siège d'une tuméfaction formant une saillie notable. Cinq à six jours plus tard se montrait de nouveau la paralysie radiale droite.

Au moment de l'apparition de cette double parotidite, le malade affirme n'avoir eu aucune fièvre, aucune douleur ou cuisson du côté de la bouche ou de la gorge, aucun trouble de la salivation. Il aurait observé, dit-il, une tuméfaction un peu douloureuse de petites masses dures et roulant sous le doigt, aujourd'hui disparues, et dont le siège paraît se rapporter aux ganglions sous-maxillaires.

Il est bon d'ajouter que cet homme n'a jamais eu les oreillons, mais qu'il n'a pas été exposé, autant qu'il le peut savoir, à une contagion ourlienne, soit dans son entourage, soit parmi ses compagnons de travail.

A son entrée à l'hôpital, le 26 novembre, on constate une notable tuméfaction des glandes parotides et de la région parotidienne des deux côtés; tuméfaction malaire, sans empâtement ni œdème inflammatoire, sans modification de couleur ou de température au niveau des téguments. Légère douleur spontanée, un peu accrue par la pression ou par les mouvements de la mâchoire inférieure.

M. Hudelo résume une observation analogue, dans laquelle la fluxion parotidienne a été unilatérale.

V

MM. Aviragnet et Léon Bernard ont observé récemment

deux cas d'appendicite perforante coexistant avec de l'obstruction de l'intestin.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme ayant présenté des accidents de rétention de matières, de douleurs abdominales violentes, attribuées d'abord par un médecin de la ville à des coliques hépatiques, puis par M. Aviragnet, à un néoplasme de l'intestin. Des accidents de péritonites suraigus terminèrent la scène et l'autopsie démontra une appendicite perforée avec péritonite aiguë, et d'autre part un cancer de l'extrémité gauche du colon transverse ayant amené les accidents d'occlusion intestinale.

Le second malade fut opéré par le Dr Faure qui concluait à une occlusion intestinale, tandis que M. Aviragnet penchait pour une appendicite ; on trouva une péritonite généralisée avec perforation de l'appendice et une occlusion intestinale dont on ne put trouver la cause ; anus contre-nature ; mort la nuit suivante, l'autopsie n'a pu être faite.

VI

(*Séance du 15 décembre*). — M. L. Guinon a rapporté à la Société il y a deux ans deux cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, observés à l'hôpital des Enfants malades. Il vient d'en observer trois nouveaux cas, et pour deux d'entre eux la contagion par l'eau ne peut pas être admise, car ces deux enfants ne buvaient pas d'eau.

M. Netter a récemment observé deux cas de contagion chez des enfants, qui étaient depuis longtemps en traitement dans le service, l'un pour une chorée, l'autre pour une pleurésie purulente ; il a vu aussi cinq cas de contagion dans le personnel hospitalier.

M. Hirtz a eu trois cas de fièvre typhoïde dans le personnel de son service, son interne, sa surveillante et une veilleuse de nuit; ce sont bien là des cas de contagion intérieure.

M. Le Gendre pense que l'origine des boissons est toujours suspecte, et qu'il est souvent bien difficile d'affirmer la contagion.

M. Joffroy trouve que le mode de propagation de la fièvre typhoïde est souvent bien difficile à déterminer ; lors de l'épidémie de 1882, il a constaté à peine 2 ou 3 cas intérieurs sur plus de 500 typhoïdiques. Tout récemment il a vu, à l'asile Sainte-Anne, une vésanique qui ne buvait que du lait depuis trois ans, contracter la fièvre typhoïde. Le lait analysé bactériologiquement fut trouvé pur ; mais une enquête montra que le nettoyage des instruments de cuisine se faisait à l'eau de Seine. Les cas signalés à l'intérieur des hôpitaux comme dus à la contagion ont peut-être la même origine.

M. Rendu croit qu'il convient de distinguer parmi les cas de fièvre typhoïde survenus à l'hôpital ceux qui frappent les malades et ceux qui atteignent le personnel. Les faits de cette dernière catégorie ne sont pas très rares, mais il n'y a pas lieu d'invoquer ici la contagion, la contamination par les linges souillés, par les poussières qui s'en dégagent, etc., étant suffisante pour en rendre compte. Quant aux cas de fièvre typhoïde qui frappent les malades, on est naturellement porté à les attribuer à la contagion ; toutefois, il faut reconnaître qu'ils sont beaucoup plus rares ; en ce qui le concerne, l'orateur n'a jamais

vu le voisin de lit d'un typhoïdique prendre la dothiénentérie.

M, Richardière dit avoir observé un fait très net de contagion ; il s'agit d'un malade atteint de syringomyélite, immobilisé dans son lit depuis plusieurs mois, qui a contracté la fièvre typhoïde, alors que ses deux voisins étaient précisément des dothiénentériques.

VII

(*Séance du* 22 *décembre*). — M. Variot, avec l'aide de M. Chicotot, chef du laboratoire de radiographie de l'hôpital Trousseau, s'est livré à des recherches radiographiques dans un certain nombre de cas de broncho-pneumonie chez les enfants et il est arrivé à un résultat à peu près négatif.

Voici en effet ses conclusions.

Nous conclurons de cet ensemble d'observations et de recherches que, dans les conditions actuelles, la broncho-pneumonie bilatérale des enfants ne présente pas des signes radioscopiques aussi nets, aussi évidents que la pneumonie franche lobaire habituellement unilatérale, Une diminution bilatérale de la transparence est d'une appréciation difficile, car le parenchyme des poumons plus ou moins traversé, selon l'état de dureté ou de mollesse d'un même tube, les ombres radioscopiques deviennent surtout visibles par contraste sur un champ plus éclairé ; c'est pourquoi les ombres unilatérales de la pneumonie franche sont généralement si nettes et si significatives, car la transparence du poumon du côté opposé est normale.

Les signes optiques fournis par la radioscopie dans la

broncho-pneumonie sont donc d'une constatation délicate, mais ils n'en sont pas moins réels; ils consistent, nous le répétons, *dans une diminution* légère de la transparence des poumons avec prédominance fréquente de cette diminution du côté où les lésions sont plus confluentes et plus avancées. De plus, les bords de l'ombre radioscopique du cœur sont indistincts.

Ces signes radioscopiques ne nous paraissent pas, pour le moment, aussi aisés à percevoir que nos signes d'auscultation; on est presque étonné, lorsqu'on a entendu des foyers soufflants, des bouffées de râles sous-crépitants retentissants, de ne voir sur l'écran, dans la zone correspondante, qu'une transparence faiblement atténuée du parenchyme. Il n'y a pas corrélation entre les signes optiques et les signe auditifs dans la majorité des cas.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

QUELQUES BONS REMÈDES DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES PAR SUTTER.

Aconit. — La caractéristique mentale d'aconit est la crainte. Dans le delirium tremens, le malade a peur d'être tué à coups de fusil. Dans la neurasthénie, le malade a peur d'aller en voiture, en chemin de fer, en tramway ou de passer sur un pont.

Aconit est aussi un des meilleurs remèdes de la névrite aiguë.

Anacardium. — C'est un remède très utile dans le traitement des maladies mentales chroniques, par exemple dans la manie chronique et à la première période de la démence. La perte de la mémoire et la propension à jurer sont ses caractéristiques. Il faut le donner avec persistance pendant des mois de la 30e à la 200e.

Arnica. — Remède parfait dans les hémorrhagies ou embolies cérébrales. Il a guéri nombre de cas d'aphasie avec hémiplégie du côté droit. Il faut l'employer à la 30e.

Argentum nitricum. — Ce remède a comme symptôme mental une hallucination très particulière de la vue : le malade voit des serpents partout. Ce symptôme se rencontre assez souvent dans la mélancolie.

Les menaces de tabes et la congestion des cordons postérieurs de la moelle avec coordination imparfaite cèdent parfois à son emploi.

Arsenicum. — Ses nombreux symptômes mentaux en ont suggéré l'emploi dans la mélancolie où il réussit surtout lorsque la maladie est la suite d'un état de dépression générale de l'organisme.

On l'emploie aussi dans la manie et le delirium tremens quand le malade voit tout le temps de la vermine et des punaises et qu'il cherche à les chasser.

Arsenicum guérit aussi la névrite qui s'accompagne de douleurs, de brûlure et de beaucoup d'agitation.

Agaricus muscarius. — Convient à la chorée surtout lorsqu'il y a des spasmes des muscles des yeux. S'adresse particulièrement aux grands buveurs de thé.

Baptisia tinctoria. — Dans les cas graves de mélancolie avec stupeur, fièvre forte, langue recouverte d'un enduit

épais, et respiration accélérée, baptisia a une action miraculeuse.

Bromium. — Le malade s'imagine que des personnages étrangers regardent par dessus son épaule et qu'en se retournant il verra quelqu'un.

Calcarea carb. — La crainte est aussi un caractère dominant dans les symptômes mentaux de calcarea carb. Dans les cas de folie, de neurasthénie, où la crainte s'accompagne des symptômes constitutionnels du remède on peut le donner avec assurance.

Cantharis. — Il a comme symptôme caractéristique d'aboyer comme un chien et de chercher à mordre tous ceux qui l'approchent. On trouvera quelquefois ce symptôme dans la manie et le delirium tremens.

Chamomilla. — Les hallucinations de l'ouïe rentrent dans sa sphère d'action, mais il faut se souvenir que ces hallucinations sont excessivement difficiles à guérir.

China. — Convient à toutes les maladies mentales ou nerveuses dues à une perte de fluide vital : hémorrhagies, allaitement prolongé, pertes séminales excessives.

Cimicifuga. — Remède du delirium tremens, lorsque l'insomnie est causée par la vue de rats, ou par l'apparition autour du lit de toutes sortes de figures étranges.

Cocculus. — Convient aux attaques de vertige dues à des maladies des artères du cerveau.

Digitalis. — S'emploie dans le cas de dépression avec ralentissement du pouls.

Gelsemium. — Il n'a pas son rival dans la neurasthénie

caractérisée par la fatigue cérébrale et une sensation de douleur profonde à la base du crâne. Il y a aussi un symptôme de gelsemium que l'on rencontre assez souvent dans la neurasthénie, c'est une impulsion à se jeter en bas lorsqu'on regarde d'un lieu élevé.

Hyosciamus. — La crainte d'être empoisonné est très caractéristique de hyosciamus, aussi est-il souvent indiqué dans le cas de folie. C'est aussi un bon remède de l'insomnie dans le delirium tremens avec spasmes musculaires.

Lachesis. — Utile dans le cas de folie lorsque le malade est très loquace et parle avec tant de volubilité qu'on ne peut pas le comprendre.

Lilium tigrinum. — La malade a toujours peur d'être cassée, son état s'accompagne de troubles ovariques ou utérins.

Natrum mur. — Ce médicament guérit la mélancolie chez les malades qui fondent continuellement en larmes et ont l'air beaucoup plus vieux que leur âge, sont faibles et amaigris avec aggravation le matin.

Petroleum. — Le malade croit qu'il y a une autre personne couchée avec lui dans son lit.

Phosphorus. — Le malade s'imagine qu'il apparaît des figures partout où il regarde, et que toutes portent leurs regards sur lui.

Phosphorus s'est montré utile aussi dans la neurasthénie avec fatigue cérébrale et au début du tabes.

Stramonium. — Les maladies mentales où il s'est montré utile sont caractérisées par une violence extrême. La manie atteint à la frénésie, le malade a toutes sortes d'hal-

lucinations effrayantes qui le terrifient nuit et jour. Le malade ne peut être contenu que par la force.

Tarentula hispana. — Dans les formes graves de la chorée de Sydenham, il n'y a pas de remèdes qu'on puisse lui comparer. Plus le nombre de muscles atteints est grand, et plus l'incoordination est grande, plus le médicament produira d'effet. Les dilutions auxquelles il agit le mieux sont de la 30e à la 200e.

Zincum metallicum. — Le symptôme qui le caractérise est la sensibilité excessive de l'épine dorsale. On le rencontre souvent dans la neurasthénie (*North. Amer. Journal of Hom.*).

LE MERCURE DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE.

Tocker de Chicago pense que mercurius vivus et Mercurius corrosivus conviennent surtout aux cas de diphtérie au début ou douteux, lorsque l'abattement n'est pas très grand, qu'il y a peu d'exsudat et que les symptômes indiquent une forme bénigne de la maladie.

L'iodure de mercure s'applique plutôt aux cas où les ganglions lymphatiques sont précocement atteints, et lorsque les autres symptômes sont bénins.

Mais, lorsqu'on a affaire à un mal de gorge grave, avec un état général sérieux, à des fausses membranes épaisses Mercurius cyanatus est le remède le plus sûr, et le plus prompt (*Medical Era*).

LES MÉDICAMENTS DE L'ÉPILEPSIE.

Agaricus. — Convulsions qui reviennent périodiquement chaque semaine et qui sont excitées par la peur.

Spasmes des paupières et tremblement des mains. L'épine dorsale est sensible au toucher. Convient surtout aux alcooliques et agit mieux aux basses atténuations.

Argentum nitricum. — Le malade a des impulsions à travailler et à s'occuper, aussi il est continuellement en mouvement, ou bien au contraire il est plongé dans une apathie qui confine à l'imbécillité. Erreur dans la perception du temps, de la distance, du mouvement.

Bufo rana. — Epilepsie due à la masturbation, aux excès vénériens ou à la frayeur. L'aura part de l'estomac.

Calcarea carb. — Le malade présente les caractères constitutionnels du remède. Il est anxieux et appréhende quelque malheur. Vertiges, irritabilité. L'aura part du bras, ou bien elle part de l'épigastre et descend vers les pieds. Convient aussi aux terreurs nocturnes des enfants qui ne sont quelquefois que des crises d'épilepsie avortées.

Cicuta virosa. — Convulsions des bras et des jambes, opisthotonos, perte de conscience suivie de catalepsie et de grande faiblesse musculaire. Cyanose très marquée et écume à la bouche. Comme aura il y a avant l'attaque une sensibilité excessive.

Cimicifuga. — Chez les femmes atteintes de quelque affection génitale. Les attaques arrivent au moment des règles, grande excitation nerveuse et irritabilité.

Cuprum metal. — Violents paroxysmes suivis d'actes maniaques. Crainte de devenir un épileptique incurable ou qu'il vous arrive malheur. Le malade recherche la solitude. Maux de tête fréquents. La tête tend à tomber en avant.

Hydrocyani acidum. — Augmentation de la sécrétion

urinaire au moment de l'accès, respiration bruyante avec bruits dans la trachée, perte de conscience et convulsions générales.

Ignatia. — Soulage les cas produits par de trop fortes émotions chez des personnes moroses ef impressionnables.

Indigo. — Convient aux jeunes gens tristes, l'attaque commence par un vertige avec sensation de serrement de la tête.

Kali brom. — Esprit lourd et paresseux, apathie, perte de la mémoire et du pouvoir de parler, mélancolie, hallucinations, faiblesse musculaire, dyspepsie atonique, lenteur de la circulation, acné et éruption. Agit aussi bien en atténuations qu'aux fortes doses, qu'il faudra réserver aux cas graves où les accès se répètent trop fréquemment.

Nux vomica. — Epilepsie causée par la frayeur, chez des personnes de tempérament excitable, actif, content mais méchant et qui se mettent facilement en colère. Peur d'être seul ou de parler de sa maladie. L'aura part de l'épigastre, troubles de l'estomac ou du foie.

Œnanthe crocata. — Face livide et boursouflée avec convulsions rapides des muscles de la face. Ecume et mousse sanguinolente à la bouche, stupeur, vertige, vision diminuée, langue enflée, mâchoires contractées, brûlure dans la gorge avec nausée et toux, douleur dans la région cardiaque avec oppression, faiblesse et refroidissement des extrémités. Pouls faible, grande prostration.

Silicea. — Utile dans les cas chroniques, avec exagération de la susceptibilité du système nerveux, surtout de

la moelle allongée et de la partie supérieure de la moelle, et en même temps épuisement nerveux. Les malades sont moroses, agités, s'effraient du moindre bruit. Les accès surviennent plutôt la nuit et à la nouvelle lune. Le côté gauche du corps est froid. il y a des sueurs de la tête. Soulagement en se tenant bien au chaud.

Sulphur. — Il ressemble à calcarea, mais l'aura est une sensation de grimpement des extrémités vers les reins. En outre, on constate un peu de manie religieuse et une haute opinion de sa propre personne.

Verbana hastata. — Contraction des muscles des bras et des jambes, le malade semble fou furieux, épilepsie très grave.

Nitri acidum. — Epilepsie au moment des règles avec de fréquentes attaques de petit mal dans l'intervalle de grands accès.

Dans les notes de Lippe on trouve encore les renseignements suivants:

Epilepsie avec catalepsie. — Angust. Asa f. Camph. Cicuta, Colocynt., Dros., Ignatia, Ipéca, Lauroc., Merc., Moschus, Opium, Pétrole, Plat., Veratr.

Epilepsie avec conscience. — Canth., Cina, Kali c., Magn. mur., Nux vo., Plat., Stramonium.

Epilepsie avec perte de conscience. — Ars., Calc., Bel., Camph., Canth., Cicuta., Coccul., Cuprum, Hyosciamus, Plumbum, Sepia, Silicea, Sulphur.

Epilepsie chez les enfants. — Bella., Ignatia, Stannum.

Epilepsie pendant la dentition. — Ignatia, Stannum.

Epilepsie le soir. — Stannum.

Epilepsie la nuit. — Calc., Causticum, Cina, Cuprum, Kali c., Phosphorus.

Epilepsie après un chagrin. — Ignatia.

Epilepsie après une peur. — Arg. nitr., Bufo, Ignatia, Tarentula.

Epilepsie après une grande dépense de forces. — Agaricus.

Epilepsie avec délire. — Hyosciamus.

Epilepsie avec rigidité du corps. — Cina.

Epilepsie avec crises de suffocation. — Opium.

Epilepsie finissant par un sommeil profond. — Hyosciamus.

Epilepsie avec hémoptysie. — Drosera.

Epilepsie avec mal de tête. — Cuprum.

Epilepsie avec mal de tête avant et après. — Cina.

Epilepsie pendant la pleine lune avec cris. — Calcarea.

Sommeil épileptique. — Causticum.

Epilepsie par suite de suppression des règles. — Millefolium et Pulsatilla (*Medical Century*).

Au point de vue de l'aura, Manning donne les renseignements suivants :

On peut trouver une sensation comparable à celle du grimpement d'une souris sous belladonna, calcarea, silicea et sulphur. Nux a la sensation de fourmis qui courent sur la figure. Avec agaricus on sent comme un courant d'air froid qui, de l'épine dorsale s'étend à tout le corps, tandis qu'arsenic a au contraire une sensation d'air chaud qui, de la colonne vertébrale gagne la tête, et indigo des bouffées de chaleur qui partent de l'estomac et

gagnent la tête. Les aura de bufo, nux et silicea sont localisés au plexus solaire ; pour bufo il se dirige vers l'utérus, tandis que pour les autres il va vers le cerveau. Cuprum a un début lent, l'aura part des orteils et se dirige vers la région épigastrique, et sous viscus elle part des talons et va vers le sommet de la tête. Sous lachesis l'aura part du cœur, et, ce qui est très caractéristique, s'étend au cou et coupe la respiration (*Pacific Coast J. of. Hom.*).

D[r] G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU COMA DIABÉTIQUE PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE BICARBONATE DE SOUDE

Les résultats de ce traitement ne paraissent que momentanés, mais on peut obtenir un réveil passager qui peut être désirable dans certains cas.

Voici différents faits qui ont été relevés par M. Lépine, de Lyon.

Le D[r] Hesse (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1898, p. 379), a soigné un homme de 42 ans, tombé depuis une heure dans un profond coma. Il lui infusa 250 grammes d'une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 100. Pendant l'heure qui a suivi, aucune amélioration n'est survenue. Puis le coma a fait place à un sommeil calme, suivi de réveil et de retour à la connaissance. L'amélioration s'est maintenue pendant toute la matinée du lendemain. Dans l'après-midi, le malade est retombé dans la somnolence. A 5 heures, on lui a fait sous la peau de la cuisse une

injection de 200 grammes d'une solution bicarbonatée à 4 p. 100. Le malade est resté éveillé toute la nuit. Deux jours après, il est retombé dans le coma; il a succombé pendant les préparatifs d'une nouvelle injection.

Le Dr Chadbourne (*Boston medic. and surgic. Journal* 1898) a vu un malade reprendre connaissance deux fois, à la suite de deux injections sous-cutanées de 900 gr. d'une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 100.

Le professeur Rosenstein a fait une injection intraveineuse de 500 grammes d'une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 100, chez un malade qui était en état de coma diabétique. L'effet immédiat de l'injection fut merveilleux. Le malade répondit sur-le-champ et avec netteté aux questions qui lui furent posées; quelques heures après, sa température interne se mit à baisser, et le lendemain il était mort.

M. Lépine a obtenu la cessation momentanée du coma, à la suite d'une injection bicarbonatée, chez un diabétique très débilité par une phtisie pulmonaire et qui ne tarda pas à succomber; le malade était âgé de 24 ans. Après une courte période d'acétonémie, il était tombé dans le coma vers huit heures. Deux heures après on le trouvait les yeux clos, les pupilles très contractées, avec la respiration accélérée (28), très ample. L'haleine avait l'odeur caractéristique de l'acétone. Le pouls, très petit, battait 124. La température corporelle marquait 36°5. A onze heures et demie on lui injecta, dans une veine du bras, 2 litres d'une solution renfermant par litre 7 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de bicarbonate de soude.

Pendant la durée de l'injection, le pouls devenait plus fort, la respiration moins ample. Le malade finit par

ouvrir les yeux et par demander à boire. On lui fit absorber par la bouche 50 grammes de bicarbonate de soude, en l'espace de quelques heures. A quatre heures et demie le malade conservait sa connaissance. La respiration, toujours accélérée, était moins ample que le matin; le pouls battait 130. L'état général était satisfaisant sauf que le malade avait peu uriné ; l'urine rendue était très acide. Le malade succomba à trois heures du matin ; dans l'intervalle il n'avait presque pas uriné.

D'autres part M. Besson a communiqué à la Société médicale de Lille (1898), l'observation d'une femme diabétique qui était tombée dans le coma; son pouls était imperceptible; les mouvements respiratoires seuls indiquaient la persistance de la vie. M. Besson lui injecta dans du sérum artificiel 25 grammes de bicarbonate de soude; une heure après, la malade avait repris connaissance.

Enfin Magnus-Lévy a publié l'observation d'un garçon 13 ans, fils d'une mère diabétique et diabétique lui-même. A un mois d'intervalle il a eu deux attaques de coma diabétique, et les deux fois il a été rappelé à la vie, grâce à l'administration d'énormes doses de bicarbonate de soude (jusqu'à 210 grammes dans les vingt-quatre heures). Environ deux jours après la seconde attaque, l'enfant a eu de la torpeur intellectuelle; elle s'est dissipée après qu'on lui eut administré 40 grammes de bicarbonate de soude.

M. Magnus-Lévy a insisté sur la nécessité d'instituer le traitement alcalin avec beaucoup de persévérance, dans les cas de coma diabétique. Les échecs qu'on a eu à déplorer jusqu'ici sont en partie imputables à l'emploi de trop faibles doses et à l'institution trop tardive du trai-

tement. A l'approche du coma et pendant la période comateuse, il faut administrer le bicarbonate de soude par centaines de grammes, en injections intra-veineuses et *per os*.

Dans l'intervalle des attaques, il faut continuer l'administration du bicarbonate de soude par doses quotidiennes de 20 à 40 grammes. Il faut intervenir énergiquement, sitôt qu'apparaissent les signes prémonitoires de l'attaque comateuse, c'est-à-dire l'anorexie, la dyspnée, l'accélération du pouls. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie* 17 août 1899).

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE ET PRINCIPALEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE PAR LA LEVURE DE BIÈRE.

M. Thiercelin a eu l'idée d'essayer la levure de bière dans le traitement des diarrhées et il publie un mémoire assez encourageant avec onze observations à l'appui. Voici son mode d'administration : il préfère la levure sèche à la levure fraîche ; chez l'enfant atteint de gastro-entérite il commence d'abord par le traitement classique : purgation, lavage de l'intestin, diète hydrique, puis quand la diarrhée persiste il a recours à la levure de bière, qu'il administre en lavement ; après un grand lavage de l'intestin, il introduit dans l'intestin au moyen d'une sonde adaptée à une poire, une cuillerée à café de levure sèche ou une cuillerée à dessert de levure fraîche délayée dans 50 à 60 grammes d'eau bouillie tiède. La sonde est retirée et l'enfant maintenu assis dans les bras de sa mère ou de sa nourrice pendant quelques instants pour éviter autant que possible qu'il ne rejette immédiatement son lavement ; ces lavements sont renouvelés matin

et soir, quelquefois même trois fois par jour ; ils sont continués tant que la diarrhée persiste. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er décembre).

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE PAR LE CALOMEL.

Le Dr Judd a toujours obtenu de très bons résultats de l'administration du calomel dans la diphtérie. Jamais il n'a observé aucun cas de salivation, ou aucun accident pouvant être attribué au médicament. Il ne lui semble pas qu'il existe de remède aussi sûr, comme le prouve la gravité des cas traités ; s'agit-il d'une amygdalite grave, on doit donner 6 à 8 milligrammes toutes les heures et faire des pulvérisations de la gorge avec du peroxyde d'hydrogène ; dans les cas graves une si petite dose ne donne aucun résultat qu'au bout de 20, 30 heures et même plus. Aussi faut-il accroître la dose ou diminuer l'intervalle des doses, jusqu'à ce que surviennent les déjections caractéristiques, copieuses et abondantes, ayant l'aspect de frai de grenouille. Aussi l'auteur le préfère-t-il à l'antitoxine, surtout dans les cas avancés. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er décembre).

Voici un traitement véritablement homœopathique et qui se rapproche de notre pratique.

GUÉRISON D'UNE MORSURE DE SERPENT PAR LE SERUM DE CALMETTE.

Un Hindou âgé de 12 ans fut mordu en dormant par un serpent (probablement Bungarus cœruleus) ; quand l'auteur vit l'enfant, il était dans le semi-coma, les symptômes étaient ceux d'une intoxication à une période très

avancée, la paralysie des muscles respiratoires commençait déjà, la déglutition était gênée, le pouls était à 110, enfin il existait un œdème considérable du bras avec paralysie du côté gauche du corps et des troubles oculaires.

On injecta de suite 0 gr. 12 de sérum antivenimeux de Calmette sous la peau, et on donna au malade un lavement d'eau-de-vie et de bouillon, le cas était si avancé qu'il était inutile de faire le traitement local avec une solution de chlorure d'or comme le recommande Calmette. Au bout de 15 minutes, même état, la respiration cessa ; le pouls battait 4 pulsations à la minute, chaque battement était dur et frappé au début comme par un marteau, puis il devint de plus en plus faible jusqu'à cessation de toute pulsation. La respiration artificielle fut alors pratiquée et continuée pendant une demi-heure jusqu'à ce que le sérum fît son œuvre, une injection de strychnine fut faite pour relever le cœur et le système nerveux ; aussitôt que la respiration fut rétablie, les lavements d'eau-de-vie et de bouillon furent continués.

Depuis la guérison se fit très rapidement, en 48 heures, l'œdème, la paralysie des membres, la cécité a disparu. Il persista pendant quelques jours de la diplopie de l'œil gauche. Le traitement subséquent consista en strychnine, stimulants, nourriture abondante. Ce cas prouve qu'il ne faut pas hésiter à avoir recours au sérum anti-venimeux, même dans les cas avancés ; de plus, il prouve que l'anti-toxine garde longtemps ses propriétés, l'auteur ayant ce sérum depuis près de quatre ans, exposé à toutes les vicissitudes du climat dans les plaines de l'Inde (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er décembre).

PROCÉDÉ SIMPLE POUR COMBATTRE L'ÉPISTAXIS.

D'après M. le Dr Lubet-Barbon, le procédé consiste à utiliser les propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée. Le manuel opératoire est des plus simples.

On prend un petit tampon d'ouate hydrophile, on l'imbibe d'eau oxygénée à 10 volumes, exempte d'acide chlorhydrique. Avec une pince flambée on applique le tampon contre la partie antérieure de la cloison. On le laisse en place quatre ou cinq minutes au plus. Lorsqu'on le retire, l'hémorrhagie est complètement arrêtée.

Deux précautions sont indispensables pour le succès de cette petite manœuvre.

La première est d'avoir une eau oxygénée qui n'a pas perdu ses volumes. En ville, le remplacement en est aisé. Mais à la campagne, il est quelquefois difficile de renouveler sa provision d'eau oxygénée. Or rien n'est plus simple que de lui conserver toute son activité : il suffit de la mettre dans une de ces bouteilles de bière fermant à pression avec un bouchon de porcelaine. On garde ainsi sa provision d'eau oxygénée intacte, à l'abri de l'air et de la lumière, les deux grands agents de décomposition de l'eau oxygénée.

La deuxième, qui est non moins importante, est de ne pas laisser le tampon en place plus de quatre à cinq minutes, car au bout de ce temps l'ouate, sous l'action de l'eau oxygénée, contracte avec la muqueuse des adhérences de plus en plus intimes, de sorte que lorsqu'on enlève le tampon l'hémorrhagie recommence avec plus d'intensité. (*France médicale*, 24 novembre).

Influence de la pilocarpine sur la diurèse.

Les Drs Lazzaro et Pittini ont expérimenté la pilocarpine sur des chiens. Ils ont constaté qu'à la dose de 4 milligrammes par kilogramme de poids corporel, la pilocarpine, en injections sous-cutanées, fait baisser la quantité des urines dans des proportions assez considérables. En élevant les doses, on arrive à obtenir une anurie complète.

Ces résultats sont en contradiction formelle avec ceux qui ont été annoncés par Labbatani. Pour aller au-devant de l'objection qu'on eût pu faire, et consistant à dire que l'action diurétique de la pilocarpine est masquée par l'exagération des autres sécrétions, les deux auteurs ont injecté simultanément de la pilocarpine et de l'atropine. Cette dernière est connue pour diminuer l'activité de toutes les sécrétions que la pilocarpine excite, sauf qu'elle est sans influence sur la sécrétion urinaire. Dans ces conditions, ils ont vu, néanmoins, le flux des urines diminuer d'abondance. (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 17 août 1899.)

VARIÉTÉ

Une leçon donnée par les médecins du dispensaire du XVIIe arrondissement aux membres du conseil d'administration de la Caisse des écoles.

Les membres du Conseil d'administration de la Caisse

des écoles avaient décidé d'empêcher les enfants qui fréquentent les écoles libres de participer aux secours médicaux fournis par les médecins du dispensaire du XVII[e] arrondissement. Les enfants des écoles laïques devaient seuls désormais recevoir les soins du dispensaire.

Et comme pour accentuer cet acte odieux d'intolérance, ils avaient menacé l'infirmière en chef de destitution parce qu'elle envoyait sa fille à l'école chez les sœurs.

Devant des mesures qui blessent à la fois la liberté de conscience et l'humanité, les quinze médecins du dispensaire ont envoyé leur démission. Voici en quels termes le docteur Ramonat, ancien directeur du dispensaire, termine sa protestation :

J'ai fini ; mais profondément attaché à l'idée républicaine qui pour moi est indissolublement liée aux idées de philanthropie, de tolérance et de liberté, j'ai le droit et le devoir de dire au Conseil d'administration de la Caisse des écoles du XVII[e] arrondissement : Par vos prétentions et votre intolérance, vous avez compromis gravement l'avenir d'une œuvre charitable et bienfaisante dont nous avions le droit d'être justement fiers ; vous avez déserté la cause la plus sacrée et la plus respectée, celle de l'enfant malheureux qui souffre ; vous avez fait de la triste et mauvaise besogne, vous avez mal servi la République.

D[r] Ramonat,
Ex-directeur médical du Dispensaire.

Les médecins démissionnaires font remarquer avec juste raison qu'ils ne sont pas des *fonctionnaires* de la Caisse des écoles, mais des bienfaiteurs permanents,

apportant une cotisation annuelle, fournissant leur coopération quotidienne.

Certes, ce sont de braves gens que ces médecins du dispensaire du XVIIe arrondissement, des hommes de cœur qui vont droit leur chemin, plaçant le devoir professionnel au-dessus de tout et jetant à la figure de ces administrateurs le titre de fonctionnaires qu'on cherche de plus en plus à imposer aux médecins. Grâce à Dieu, il y a encore dans le corps médical assez d'hommes indépendants et éclairés qui savent apprécier à toute sa valeur le privilège d'appartenir à une profession libérale. Nous sommes tous un peu comme le loup du bon Lafontaine: « Attaché, dit le loup,... Ceci dit, le loup s'enfuit et court encore. »

P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1900

SUR QUELQUES CAUSES QUI ÉLOIGNENT LES MALADES DE L'HOMOEOPATHIE

Teste a publié, il y a quelques années, un livre intitulé : *Comment on devient homœopathe*. Ce livre, très bien écrit, comme tout ce qui sortait de la plume de Teste, a été un véritable instrument de propagande, et on ne peut nier qu'il n'ait contribué dans une certaine mesure aux progrès de l'homœopathie.

Eh ! bien, dans cette notice, je me propose une thèse toute autre, c'est de montrer comment on éloigne la clientèle de l'homœopathie. Cette thèse, ai-je dit, est autre que celle de Teste, mais elle ne lui est pas contraire, puisque, comme elle, elle a pour but la propagande de l'homœopathie. J'ajoute qu'elle est beaucoup plus difficile que celle de notre regretté confrère ; car, malgré toutes les précautions oratoires, malgré le grand désir que j'ai de ne blesser personne, il est impossible qu'en lisant la suite de cet article plusieurs médecins ne reconnaissent qu'ils ont mérité la critique que je me crois obligé de faire dans l'intérêt de tous ; et je veux croire qu'il n'en résultera chez eux qu'un sentiment de reconnaissance pour un confrère qui ne craint pas de montrer les points faibles de notre pratique et d'en indiquer le remède.

Je commencerai par rapporter un certain nombre de faits qui n'ont rien de schématique et qui sont des observations dans le sens strict du mot.

1er FAIT. — Dans une grande famille habitant une des principales villes de la France, un jeune garçon est pris de pleurésie. On fait venir un médecin homœopathe, car depuis de longues années toute la famille se faisait traiter par l'homœopathie. Les accidents aigus cèdent assez vite aux médicaments habituels; mais l'épanchement persiste, il augmente, et au bout de quelques semaines le malade présentait tous les signes d'une vaste pleurésie purulente du côté gauche, ayant fortement dévié la pointe du cœur. Les médecins homœopathes reconnurent parfaitement la maladie; seulement, ils s'obstinèrent pendant de longues semaines à traiter cet épanchement purulent par des médicaments. Ils affirmaient une guérison prochaine. Mais à la fin du troisième mois, des symptômes graves de dyspnée et de fièvre s'étant montrés, les parents alarmés firent venir un médecin allopathe qui pratiqua la thoracentèse, évacua 2 litres de pus et guérit rapidement le malade.

Il est facile de comprendre qu'après un tel événement, l'homœopathie fut remerciée, et depuis dix-huit ans, cette nombreuse famille, leurs alliés et leurs amis se sont absolument détachés de l'homœopathie.

2e FAIT. — Un jeune officier de marine avait contracté la syphilis et présentait déjà des accidents secondaires, quand il consulta un médecin homœopathe habitant un de nos ports militaires. Il fut traité pendant deux ans par des dilutions de mercure, d'iode, d'aurum, de lachesis, etc.

Le médecin homœopathe, plein de confiance dans la puissance de ces médicaments, soutenait le moral du malade de son mieux. Dans le cours de la troisième année, les symptomes tertiaires firent leur apparition, se localisèrent sur les os du nez ; le malheureux officier accourut à Paris. Je l'adressai à un élève de Ricord qui institua le traitement classique. Au bout de quelques semaines, les accidents s'arrêtèrent. Mais pendant plusieurs années, il dut subir un traitement sans lequel les accidents menaçaient de reparaître.

3e FAIT. — Ici, les observations sont légion. Je ne peux en rapporter une en particnlier, elles se ressemblent toutes. Un malade est pris d'une fièvre intermittente tierce. Vous lui administrez le sulfate de quinine ou l'arsenic, ou la noix vomique ou le veratrum viride à dose infinitésimale.

Presque toujours la fièvre continue sa marche naturelle sans être modifiée. Je dis presque toujours, parce qu'il existe des cas particuliers où la fièvre est guérie par un médicament à dose infinitésimale. Mais au point de vue qui nous occupe, au point de vue pratique, l'ensemble des malades ne guérit pas. Ils s'adressent à l'allopathe d'en face qui, avec un gramme de sulfate de quinine. coupe la fièvre.

Dans ces circonstances que nous aurions pu multiplier, mais qui suffisent à notre démonstration, l'insuccès du traitement par les doses infinitésimales est constant, et la clientèle du malade et de sa famille est perdue pour les élèves de Hahnemann. Et comme ce résultat se répète et se multiplie dans les cas que nous venons de citer ou dans les cas analogues, il en résulte un recul considérable pour

nos doctrines. Et c'est pour cela qu'il faut enfin en finir avec ces pratiques mauvaises et défectueuses et qu'il faut montrer, au risque de déplaire à plusieurs, la véritable cause de ces insuccès.

La cause des insuccès dont nous avons rapporté les exemples et de tous les cas analogues tient à ce qu'un certain nombre de médecins homœopathes sont persuadés que es médicaments prescrits suivant la loi de similitude suffisent à *dose infinitésimale* pour guérir toutes les maladies.

C'est là une erreur; je ne suis ni le premier, ni le seul à le dire, mais je voudrais le dire tellement haut qu'il n'y ait plus de dissident sur ce point.

C'était déjà une erreur en 1816 et Hahnemann, inquiet de constater qu'un certain nombre de maladies résistaient aux médicaments homœopathiques les mieux choisis et administrés aux doses les plus infinitésimales, méditait jour et nuit sur cette difficulté et après un travail de plusieurs années, aboutissait à cette conclusion malheureuse des *miasmes chroniques*, de la *psore* et enfin des médicaments *antipsoriques* que dans la seconde édition de son livre sur les maladies chroniques, il porta au nombre de quarante-sept.

Dans cet ouvrage, on ne reconnaît plus le grand médecin qui avait fondé l'homœopathie sur la méthode expérimentale. Ici, indépendamment de l'hypothèse sur les miasmes chroniques, nous trouvons l'infinitésimalité des doses portée à l'excès, l'olfaction d'un seul globule à la 30[e] dilution suffisante à la guérison d'une maladie, puis ces explications absolument fantaisistes sur la puissance développée par les secousses imprimées aux dilutions. En sorte que Hahnemann conseille gravement, quand dans

une maladie une dilution semble avoir épuisé son action, de se borner, au lieu de changer la dose, à secouer sept ou huit fois la potion! Quelle aurait dû être la puissance des dilutions que je transportais sur mon cheval, alors que j'étais médecin de campagne ! Combien de secousses avaient reçues ces dilutions, quand, à la fin, de la journée j'avais parcouru quarante à cinquante kilomètres? Mais c'est s'attarder trop longtemps aux faiblesses d'un grand esprit, mais qui n'a jamais voulu accepter la possibilité d'un échec thérapeutique.

Il faut pourtant l'accepter; et ma proposition émise plus haut : il y a des états morbides contre lesquels les doses infinitésimales sont absolument impuissantes est l'expression d'un fait clinique.

Il y a cinquante ans, l'illusion était si considérable qu'on n'aurait même pas discuté cette proposition, et aujourd'hui je suis certain que personne n'osera la contester.

Pourquoi cela?

C'est que tous les médecins ont eu à compter avec des échecs de cette nature, et que, malgré tout, nous sommes bien réellement des élèves de la méthode expérimentale et que nous devons accepter le verdict de l'observation.

Non, je le répète, les médicaments, à quelque dose qu'on les prescrive ne peuvent remplacer ni la chirurgie ni les autres médications accessoires.

Les vastes collections purulentes ne se résorbent jamais et s'ouvrent spontanément, sont ouvertes par le chirurgien, ou tuent. Il est inutile d'insister pour démontrer la supériorité de l'opération de l'empyème, sur l'ouverture spontanée d'une collection purulente de la plèvre dans les bronches et à l'extérieur.

Certains étranglements internes résistent à l'action de tous les médicaments et doivent être opérés. La discussion porte seulement sur le moment où cette opération doit être tentée.

Les meilleurs traitements de la diphtérie n'empêchent pas toujours la nécessité de la trachéotomie et les médicaments les plus efficaces contre les hémorrhagies abondantes et la faiblesse qu'elles entraînent ne remplacent pas toujours l'injection du sérum artificiel.

Le médecin homœopathe doit connaître à fond les indications de la chirurgie et des autres médications adjuvantes dans le traitement des maladies. Si ces connaissances lui font défaut, il sera infériorisé, et nous ne voudrions pas qu'il le fût.

Quant aux deux maladies que nous avons pris pour exemple ; la syphilis et l'impaludisme, la clinique en a fixé depuis longtemps le traitement. Les résultats de ce traitement sont bons, et je ne vois pas quelle nécessité il y a d'y toucher, à moins que ce soit pour combler les lacunes et les imperfections qu'il présente.

Parce qu'il y a des cas de fièvre intermittente (et j'en ai rapporté des observations) qui guérissent par des doses infinitésimales de quinine, d'arsenic, de cédron, de veratrum viride, vous exposerez 99 p. 100 des malades atteints de fièvre intermittente à voir pendant des semaines leur santé altérée par le retour si pénible d'accès intermittents, et peut-être même à mourir d'accès pernicieux. Parce qu'il y a des cas de syphilis qui s'arrêtent ou semblent s'arrêter avec des doses infinitésimales, vous irez exposer un malade au danger des accidents tertiaires et ses enfants à l'hérédité syphilitique. Et tout cela pour rester fidèles à une règle de posologie! Restez plutôt fidèles à la

méthode expérimentale, réservez les doses infinitésimales pour les cas pathologiques où elles réussissent si bien, et dans les autres cas appliquez sans hésiter les ressources que la thérapeutique met à notre disposition. Faites-le avec science et mesure, en réglant notre conduite sur la loi des indications, vos malades s'en trouveront mieux, et vous ne préparerez pas un triomphe facile à vos adversaires.

En terminant, je tiens à faire remarquer que je reste quand même partisan des doses infinitésimales, que je les emploie très souvent, mais que, s'il est des cas où elles sont très supérieures aux doses pondérables, elles ne sont pas toute la thérapeutique.

P. Jousset.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DES ESSAIS AYANT POUR BUT DE REMPLACER UNE ESPÈCE MORBIDE NATURELLE PAR DES ESPÈCES BACTÉRIOLOGIQUES

Séduits par les connaissances nouvelles dues aux études bactériologiques, un certain nombre de médecins ont eu l'illusion qu'on pourrait remplacer les espèces morbides naturelles par de nouvelles espèces morbides reposant entièrement et exclusivement sur un microbe pathogène déterminé. Ainsi la *pneumococcie* devrait caractériser une espèce morbide ayant pour lésion le *pneumocoque* et pour siège, tantôt le poumon, tantôt la plèvre, tantôt les méninges, et même dans certains cas pouvant occuper ces trois sièges. On a tenté la même chose pour

la *streptococcie*, et ici on a atteint le *summum* de la confusion, puisque le streptocoque est le microbe pathogène de l'érysipèle, de la scarlatine, de la pyohémie, et qu'il peut l'être de toutes les localisations inflammatoires.

Est-il bien utile de rééditer la critique de ces insanités dont le temps et l'esprit clinique ne peuvent manquer de faire justice? Faut-il rappeler que s'il existe des pneumonies à pneumocoques il en est d'autres qui ont pour lésion le bacille coli, le bacille d'Eberth, le streptocoque, le bacille de la grippe et même le bacille de la diphtérie? Faut-il rappeler que pour la diphtérie elle même, l'élément bacillaire n'est point une base certaine de diagnostic ou de pronostic, qu'il existe des *angines blanches* très graves et mortelles sans bacilles de Lœffler. Que si l'association des streptocoques et des staphylocoques avec le bacille de Lœffler est habituellement d'un pronostic grave, cette règle souffre néanmoins de nombreuses exceptions.

Si on excepte la tuberculose, la fièvre typhoïde, et peut-être la peste, on trouvera qu'il est impossible de caractériser les maladies infectieuses par un bacille toujours le même.

M. Henri Meunier vient de communiquer à la Société de biologie (séance du 6 janvier 1900), trois observations de grippe avec complication de pleurésie purulente et d'ostéo-périostite. Dans la première observation il s'agit d'un enfant de 20 mois atteint de broncho-pnenmonie grippale compliquée d'une pleurésie séro-purulente. A l'autopsie M. Meunier trouva une pleurésie séro-purulente à fausse membrane « *présentant tous les caractères de la pleurésie pneumococcique mais qui, à l'examen microscopique et après ensemencement, fournit des cultures absolument pures de bacilles de la grippe.* »

La seconde observation concerne un enfant de 16 mois pris de méningite au cours d'une pneumonie grippale. A l'autopsie on constate une méningite diffuse étendue à toute la surface du cerveau, qui baigne dans un liquide louche et est plaqué de fausses membranes verdâtres, fibrineuses fortement adhérentes, ayant l'aspect de la *méningite pneumococcique*. Cependant l'examen bactériologique démontre que le pneumocoque est totalement absent et que la lésion est due au bacille grippal de Pfeiffer.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un enfant de 6 ans qui fut pris, dans la convalescence de la grippe, des symptôme d'une ostéo-périostite du fémur. L'enfant guérit ; mais le pus développé sous le périoste présentait une culture pure de bacilles de Pfeiffer.

Ces observations prouveraient, s'il en était besoin, que dans le cours d'une maladie, c'est presque constamment le même microbe qui se rencontre dans toutes les lésions. Le bacille d'Eberth dans la pneumonie typhoïque; le pneumocoque dans les méningites qui compliquent la pneumonie franche ; streptocoque ou staphylocoque dans les lésions si nombreuses et si différentes de la pyohémie ; bacille de Lœffler dans le pharynx, dans le poumon, dans le cœur, dans le rein, etc. Nous avons encore rapporté ces observations parce que, dans deux d'entre elles, l'auteur nous dit sans détour que la pleurésie et la méningite *avaient tous les caractères anatomiques des affections pneumococciques*, quoique ces deux complications aient évolué sous l'influence du bacille de la grippe. M. Meunier croit donc aux descriptions fantaisistes qu'on a donné de prétendues affections pneumococciques. Pour nous, nous attendrons une description qui ne permette pas le doute, et nous

croyons que les faits produits par M. Meunier, loin de tendre à perfectionner cette démonstration, sont plutôt propres à prouver le contraire.

Dr P. Jousset.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'IMMUNITÉ NATURELLE

Par P. Baumgarten

Professeur à l'Université de Tubingue.

Dans notre pays, la question de l'immunité naturelle a été surtout mise en lumière par J. P. Tessier. La doctrine étiologique des *prédispositions définies* a pour corollaire nécessaire l'immunité naturelle, qui, en effet, n'est autre chose dans les espèces différentes ou chez les individus de la même espèce, que l'absence de la disposition à contracter une maladie définie.

A l'époque où J. P. Tessier enseignait, les faits pathologiques mis en lumière par la géographie médicale et par l'art vétérinaire étaient déjà très suffisants pour qu'il fût possible d'étayer, sur des faits incontestables, l'existence de l'immunité naturelle qu'il exprima par cette formule : chaque animal est malade suivant son espèce et dans chaque espèce, chaque individu suivant sa nature. Et cette formule qui résume si clairement, en les soumettant à une loi précise, les faits de l'immunité naturelle, reste, je le crois, la seule réponse qu'on puisse faire à ce problème. Depuis J. P. Tessier, les travaux de bactériologie ont multiplié à l'infini les exemples d'immunité d'espèce et les exemples d'immunité d'individus dans la même espèce. La grande question ou l'immense question des inoculations de microbes pathogènes

nécessitait une connaissance positive des espèces aptes ou réfractaires à subir une inoculation déterminée, et bientôt, dans les laboratoires, nul n'ignorait les propriétés d'immunité naturelle ou d'aptitude existant chez les espèces ou chez les individus vis-à-vis de tel microbe pathogène déterminé. Cette science est tellement élémentaire aujourd'hui qu'il est inutile d'insister davantage.

« La question relative à l'immunité naturelle contre les bactéries a été, dit Baumgarten, dans les deux dernières décades du siècle, l'objet d'un grand nombre de recherches et de discussions. Deux théories ont été généralement admises, d'un côté la théorie de la phagocytose et, de l'autre, celle de l'alexine. La première, la théorie de la phagocytose, n'a pas réalisé les espérances qu'elle avait fait naître et elle n'est plus à l'heure actuelle soutenue exclusivement, même par ses promoteurs La deuxième, la théorie de l'alexine est encore aujourd'hui l'objet principal des discussions relatives à notre sujet. Elle s'appuie sur les faits établis par Fodor Behring, Mittal et surtout par les expériences détaillées et systématiques de H. Buchner. »

Baumgarten et ses assistants ont institué de très nombreuses expériences de laboratoire pour rechercher en quoi et comment la composition du sang et de son sérum pouvait expliquer l'immunité naturelle. Je ne rapporterai pas ici le détail de ces expériences, malgré leur grand intérêt, parce qu'elles sont peut-être trop spéciales pour la plupart de nos lecteurs, et qu'enfin elles concluent à rejeter et la théorie de la phagocytose et la théorie des alexines, pour expliquer l'immunité naturelle.

Depuis longtemps, dit Baumgarten, j'ai opposé à la théorie des poisons et à celle de la phagocytose, une autre

théorie que j'appelle *théorie de l'assimilation*. La théorie de l'assimilation part du fait que les diverses bactéries ont des besoins très différents par rapport à la composition chimique du terrain où elles croissent. Si le terrain chimique convient, la bactérie se développe et prospère; s'il ne convient pas, la bactérie périt ainsi que ses spores.

Dans cette théorie, l'immunité naturelle des espèces et des individus contre l'infection produite par certains germes tient à une condition : il faudrait que les germes en question ne trouvent pas dans le corps de ces individus et de ces espèces un terrain de composition chimique convenable pour leur vie et leur développement. L'état d'immunité ou de réceptivité pour les maladies s'expliquerait par des différences de composition du sang et des liquides dans les espèces et les individus. Seulement, nos connaissances touchant la composition chimique du sang sont encore trop incomplètes pour que nous puissions saisir la cause de l'immunité.

En un mot, et si je comprends bien les choses, la théorie de l'assimilation se résumerait dans une propriété de la cellule organique qui produirait un milieu de culture favorable ou défavorable aux microbes pathogènes. Mais Baumgarten a cent fois raison de rejeter la théorie de la phagocytose et celle des alexines pour expliquer l'immunité. La méthode expérimentale a surabondamment démontré l'inanité de ces deux explications. Considérez ce qui se passe quand on injecte à une poule une culture pure du microbe du tétanos. L'immunité de la poule s'explique-t-elle par la phagocytose ou par l'état bactéricide de son sang? Non ; car tout en restant immunisée contre le tétanos, la toxine circule avec son sang et n'est pas détruite ni par les phagocytes, ni par un poison

quelconque; elle subsiste tellement intacte dans sa puissance que si vous venez à échanger le mode de vitalité de la poule en abaissant sa température par l'immersion des pattes dans l'eau froide, elle perd son immunité et succombe au tétanos. L'immunité de la poule à l'état normal tient donc à une disposition définie de sa cellule organique, et toutes les autres explications sont des hypothèses.

Concluons donc, avec J. P. Tessier : l'immunité n'est autre chose que l'absence de prédisposition définie. Et comme la prédisposition est définie à telle espèce et à tel individu dans chaque espèce, nous avons cette loi générate, que chaque animal pâtit suivant son espèce, et, dans chaque espèce, chaque individu suivant sa nature propre.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Du diagnostic de la fièvre typhoide par la diazoréaction.

Il ne faut pas exagérer les difficultés à plaisir; il est certain qu'un médecin instruit reconnaîtra *presque toujours* la fièvre typhoïde, avant la fin du premier septenaire. L'ascension progressive de la thermalité pendant les quatre premiers jours suivie d'un plateau plus ou moins parfait, et enfin la présence des tâches lenticulaires suffisent, sans parler des autres symptômes, à caractériser la maladie fièvre typhoïde.

Je sais que dans la pratique on rencontre certaines difficultés : le mouvement fébrile est mal caractérisé ; les taches lenticulaires n'apparaissent pas et peuvent d'ailleurs très exceptionnellement se montrer dans la tuberculose. Il y a donc des cas où le diagnostic reste en suspens.

Dans ces derniers temps, deux moyens ont été signalés : la réaction agglutinative de Widal, et la diazoréaction d'Erlich.

L'agglutination de Widal n'a pas une certitude absolue, puisqu'elle peut se montrer chez des malades ayant eu la fièvre typhoïde bien des années auparavant. Et si le malade ignore ce fait, l'agglutination des bacilles d'Eberth par son sérum trompera absolument le praticien. En second lieu, l'agglutination, qui se montre souvent dans les premiers jours de la maladie, a été rencontrée par Widal lui-même après le quinzième jour, ou même dans la convalescence, alors qu'elle n'avait aucune utilité (1).

Le signe de Widal a un inconvénient autrement grave, c'est qu'il est un pur procédé de laboratoire. Pour son application, il demande une culture récente et absolument pure de bacilles d'Eberth, une petite quantité de sang du malade, un bon microscope et quelqu'un qui sache s'en servir.

Dans les hôpitaux de Paris, il n'y a aucune difficulté ; mais en ville et en province, ces difficultés sont presque insurmontables. Il faut avoir du sang du malade, et vous vous heurtez du premier coup à une répulsion plus ou moins absolue de la part du malade et de la famille. Il

---

(1) Il y a même des cas où le diagnostic fièvre typhoïde repose sur l'autopsie et où l'épreuve du séro-diagnostic a été négative plusieurs fois (Thèse de Rivier, 1898. obs. IV).

faut ensuite envoyer ce sang dans un laboratoire, et tout cela, habituellement, pour nous apprendre que le malade est atteint de fièvre typhoïde. C'est beaucoup de bruit pour rien.

Le diazoréaction, je le reconnais, est moins certaine que l'agglutination ; mais son exécution est tellement facile ! De l'urine du malade mélangée dans une éprouvette avec un réactif que nous allons indiquer, donne, dans les cas de fièvre typhoïde, une réaction d'un rouge éclatant qui est à la fois un signe diagnostique et un signe pronostique.

La réaction est constante dans la fièvre typhoïde ; c'est déjà quelque chose. Maintenant, elle se montre aussi dans d'autres maladies, c'est là le côté faible de ce moyen de diagnostic que nous allons exposer dans tous ses détails. Voici le réactif donné par Erlich. Deux solutions sont préparées et servent ensuite à composer le réactif définitif :

1re solution.

Eau distillée	1.000	grammes.
Acide chlorhydrique . .	50	—
Acide sulfanilique . . .	5	—

2e solution.

Eau distillée	100 grammes.
Nitrite de sodium	0 gr. 50.

Pour préparer le réactif définitif on verse 5 centimètres cubes de la solution 2 dans 200 centimètres cubes de la solution 1.

On verse dans un tube à essai parties égales des urines à examiner et du réactif. Puis on alcalinise fortement avec l'ammoniaque.

Dans les cas positifs, le liquide prend alors une belle coloration rouge qui se communique à l'écume produite en agitant le liquide. Enfin, en laissant reposer 24 heures, on constate un dépôt dont la totalité ou seulement la couche supérieure est colorée en vert.

Si la coloration n'est point parfaitement rouge, si elle est orangée, brune ou jaune, elle est dite négative. Les auteurs s'accordent à dire que la nuance rose ou rouge présentée par l'écume du liquide est surtout décisive. Le dépot est habituellement vert ; cependant on observe des colorations violettes ou noires. D'après Chantemesse, la diazoréaction serait positive dans les maladies suivantes : le typhus exanthématique, la tuberculose milliaire aiguë, la pyohémie à streptococque, la rougeole, la scarlatine et la pleuro-pneumonie.

Rivier, dans sa thèse de 1898, dit que la diazoréaction est constante dans le typhus exanthématique, presque constante dans la rougeole.

La diazoréaction n'est pas constante dans la fièvre puerpérale, elle est rare dans la pneumonie fibrineuse, est inconstante dans la scarlatine, l'érysipèle, la diphtérie. Elle ne se montre que dans l'érysipèle grave. Enfin la diazoréaction manquerait dans les fièvres paludéennes et dans ce que les auteurs appellent la gastro-entérite fébrile des enfants.

Dans la tuberculose, la diazoréaction semble liée à une poussée aiguë.

Le D[r] Emile Coste qui a étudié la diazoréactiou, particulièrement dans l'érysipèle, conclut que la diazoréaction est en relation avec l'intensité de l'érysipèle; qu'elle manque dans les érysipèles bénins. Quand elle disparaît brusquement dans les érysipèles graves, sans améliora-

tion de l'état général, c'est le signe d'une issue fâcheuse.

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de tous ces travaux sur la diazoréaction?

Au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde en particulier, quand la diazoréaction manque pendant la période d'état, on doit rejeter le diagnostic typhoïde.

La diazoréaction faisant défaut, la synoque, vulgairement appelée fièvre gastrique ou embarras gastrique aigu, on aura là un signe précieux pour distinguer deux maladies qu'on a tant de tendances à confondre et dont la confusion engendre des erreurs radicales en thérapeutique.

Malheureusement, il ne semble pas possible de distinguer à l'aide de la diazoréaction, la fièvre typhoïde et la granulie, ce qui est très regrettable à cause du pronostic si différent de ces deux maladies. Dans ce cas, on serait autorisé à chercher le signe de l'agglutination de Widal.

Le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et d'un certain nombre de maladies comme l'érysipèle ou la pneumonie, où peut se montrer une diazoréaction type, a moins d'importance parce que ces diverses maladies possèdent des lésions faciles à constater.

La valeur pronostique de la diazoréaction est contestable. On a dit que l'intégrité de ce signe supposait l'intégrité des fonctions du rein et que par conséquent sa disparition sans amendement correspondant des symptômes généraux, signifiait que les toxines n'étaient plus éliminées, et par suite qu'un danger plus grand existait pour le malade. Le travail de M. Coste sur la diazoréaction dans l'érysipèle contient plusieurs faits qui confirment le signe pronostique fâcheux tiré de la disparition subite de la réaction.

Nous ne croyons pas qu'on puisse admettre sans contestation que le degré de la diazoréaction soit proportionnel au degré de l'infection. En effet, dans les cas forts nombreux où ce signe a été trouvé dans la fièvre typhoïde, il a présenté une rougeur aussi éclatante, quelle que fût la gravité du cas particulier. J'ajoute que chez une malade de l'hôpital Saint-Jacques ayant présenté une forme à rechute d'une grande gravité, j'ai pu constater une diazoréaction type quinze jours après l'établissement de la convalescence définitive et que cette réaction s'est continuée environ une semaine. Or, on ne peut dire que l'intensité de la coloration rouge fût en rapport avec une infection qui n'existait plus à aucun degré. Cette femme, sans fièvre depuis quinze jours, ayant retrouvé le sommeil et l'appétit, était en pleine réparation, en pleine convalescence.

Le Dr Barde de Bordeaux, ayant à la fin de sa thèse très bien résumé cette question de la diazoréaction, nous croyons utile de reproduire ici ses conclusions :

I. — La diazoréaction peut être considérée comme constante dans la fièvre typhoïde.

II. — Elle ne se présente dans aucune autre affection avec la même intensité.

III. — Dans les cas graves, elle peut se montrer dès le deuxième jour de l'infection, mais en général elle apparaît du troisième au sixième jour.

IV. — Elle paraît suivre avec fidélité les progrès de l'infection : faible au début, elle s'affirme de plus en plus pour atteindre sa plus grande intensité au moment où l'infection est à son apogée : elle diminue ensuite, pour disparaître complètement au moment où s'établit la convalescence.

V. — La recrudescence, la rechute ou la récidive dans la fièvre typhoïde sont marquées par une coloration plus intense ou la réapparition de la réaction diazoïque.

VI. — La diazoréaction n'est pas caractéristique des urines fébriles; elle existe dans de nombreuses affections apyrétiques.

VII. — Il existe entre la diazoréaction et la température dans la fièvre typhoïde, un parallélisme assez rigoureux. Cependant la diminution d'intensité de la diazoréaction peut précéder et annoncer la chute de la température ; la réciproque est également vraie.

VIII. — La diazoréaction ne peut pas remplacer la clinique ; elle doit être considérée non pas comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, mais comme un moyen de contrôle et un adjuvant précieux dans les cas difficiles.

IX. — Sa constance dans la dothiénentérie et son absence dans l'embarras gastrique fébrile, doivent la faire considérer comme un des meilleurs signes différentiels entre ces deux affections.

P. JOUSSET.

PHTISIQUES GRAS

Contrairement à ce qui se passe pour la plupart des phtisiques qui meurent presque tous de consomption, il en est chez lesquels la tuberculose pulmonaire évolue sans amener de notables changements dans l'état général. Bien plus, tandis que les lésions augmentent en étendue et en intensité, les sujets qui en sont atteints voient leur santé s'améliorer, devenir florissante, et leur embonpoint s'accroître.

Il existe donc des *phtisiques gras*, quelque paradoxale que puisse paraître cette expression.

A quelle cause doit-on attribuer cette forme particulière de la maladie ?

Ce problème préoccupe depuis longtemps les auteurs. Et, sans vouloir donner ici une nomenclature de toutes les opinions émises à ce sujet, nous nous permettrons d'énumérer celles qui nous paraissent les plus plausibles, les plus dignes de retenir l'attention du monde médical.

Les uns ont invoqué l'unilatéralité des lésions, phénomène que l'on observe souvent chez les arthritiques devenus phtisiques.

Pour d'autres, c'est la question de l'alimentation qui prime tout. Aussi a-t-on préconisé de suralimenter systématiquement ces malades, et il est certain que dans bien des cas ce mode de traitement a permis d'obtenir une augmentation de l'embonpoint sinon permanente, tout au moins passagère.

Mais la suralimentation ne peut donner de résultats que si le tube digestif se trouve dans un état satisfaisant. La conservation de l'appétit, l'absence de troubles gastriques et de ces diarrhées opiniâtres auxquelles sont si souvent sujets les tuberculeux seront autant de conditions absolument nécessaires au maintien d'un bon état général.

Ajoutons le repos presque absolu et l'absence de fièvre; notre phtisique se trouvera ainsi dans la situation la plus favorable pour lutter contre son affection.

Enfin, le bacille de Koch n'est-il pas plus ou moins virulent, et l'évolution lente et torpide ou bien fébrile et rapide de la tuberculose pulmonaire chez différents sujets

ne tient-elle pas tout simplement aux divers degrés de toxicité de ce bacille?

Quelque simple et séduisante que paraisse cette théorie, nous ne saurions l'admettre sans réserve; car il est d'observation journalière que des phtisies prises à la même source, ayant une origine commune, se comporteront d'une façon toute différente suivant que tel ou tel enfant sera frappé par la tuberculose à laquelle a succombé son père. Le bacille n'est donc pas tout dans les maladies microbiennes. Il existe un autre facteur autrement important, c'est le terrain, ou d'une manière plus générale l'organisme sur lequel évolue ce bacille. Pas plus que la chimie ne peut nous rendre compte de la vie, la bactériologie ne peut nous expliquer la maladie. Et c'est ici le cas de répéter la grande loi de J. P. Tessier : chaque individu pâtit selon sa nature; loi qui n'est que la constatation de l'impuissance où nous sommes d'en formuler de plus précises.

Cette nature, la connaissons-nous suffisamment pour déduire la marche qu'elle imprimera à telle ou telle maladie?

Hélas ! non. Et dans le cas particulier qui nous occupe, si nous affirmons qu'il existe des *phtisiques gras arthritiques* et des *phtisiques gras scrofuleux*, nous nous garderons bien d'en faire deux entités morbides distinctes ayant leur évolution propre, car nous savons que bon nombre d'arthritiques et de scrofuleux devenus phtisiques présenteront l'amaigrissement, la perte de forces et tous les troubles fonctionnels qu'entraîne habituellement avec elle la tuberculose pulmonaire.

Arthritiques. — L'arthritisme, a dit M. Bouchard, se

caractérise par un ralentissement général de la nutrition. Lorsque la phtisie évoluera chez un sujet arthritique. elle pourra parfois, de ce fait, avoir une marche particulière, caractérisée par des symptômes distincts que l'on ne rencontre pas habituellement dans cette maladie.

L'arthritique phtisique sera souvent un phtisique gras ; bien plus, son embonpoint pourra augmenter à mesure que ses lésions se développeront. Il aura, surtout au début, des poussées inflammatoires violentes, qui pourront être suivies d'hémoptysies assez abondantes. Mais ces hémoptysies ne présenteront pas le caractère de gravité qu'elles offrent chez les autres phtisiques. Produites la plupart du temps par de la congestion péritüberculeuse, elles activeront la défense de l'organisme et amèneront la production de tissu fibreux tout autour des lésions. Il présentera quelques poussées fébriles avec paroxysme le soir et rémission totale le matin. Le phtisique gras se plaindra également de tousser, la nuit surtout ; il expectore peu, a des sueurs nocturnes et de temps en temps quelques accès de dyspnée à la suite d'un effort musculaire.

Mais tous ces accidents ne l'empêchent pas de vivre de la vie commune, de vaquer à ses affaires.

Doué d'un appétit excellent, il augmente de poids sous l'influence de l'hygiène et de l'alimentation. Il est même parfois légèrement adipeux. Son visage est plein, normalement coloré et offre l'apparence d'une belle santé.

Alors que l'état général reste excellent, que deviennent les lésions ?

Elles évoluent très lentement, et à part les poussées congestives du début, que nous avons signalées, cette évolution se fait sans retentissement aucun sur l'état général.

Il est des malades porteurs de vastes cavernes qui conservent toujours leur aspect florissant. Il arrive souvent aussi que, grâce à la formation de tissu conjonctif autour des points atteints, la lésion finit par s'enkyster. Les malades ne sont plus phtisiques, ils ont de la tuberculose locale du poumon.

Le pronostic chez eux sera nécessairement moins grave que chez les autres phtisiques. Et s'ils résistent aux poussées inflammatoires du début, si les hémoptysies ne sont pas trop fréquentes et abondantes, ils auront quelque chance de conserver longtemps leur mal. Il en est beaucoup qui succombent à une affection aiguë à laquelle la phtisie fut absolument étrangère. Donc les phtisiques gras arthritiques peuvent guérir, et c'est en effet parmi eux que l'on compte le plus grand nombre de guérisons.

M. le Dr B. Martin, dont la remarquable thèse a inspiré notre travail, donne les observations de six phtisiques gras arthritiques.

Deux d'entre eux ont les deux sommets attaqués, tandis que les quatre autres ne présentent de lésions qu'à un seul poumon. Cinq ont eu de fréquentes hémoptysies. Tous sont doués d'un embonpoint remarquable; la plupart ont engraissé durant leur maladie et l'un d'eux accuse au bout de trois années une augmentation de 30 kilogrammes. Après avoir subi un traitement, qui a duré de deux à treize ans, quatre ont vu leurs lésions s'améliorer et leur état général devenir excellent; deux sont morts : l'un d'une crise d'urémie et l'autre de pneumonie. L'autopsie de ce dernier malade a révélé la présence dans les poumons de nombreuses cavernes, les unes purulentes, les autres calcifiées, mais toutes entourées de

tissu fibreux. Enfin, les crachats qui n'ont été analysés que dans deux cas contenaient des bacilles de Koch. Cet examen renouvelé un an et trois ans après la première analyse a donné des résultats négatifs.

Scrofuleux. — La scrofule, que l'on considérait autrefois comme une diathèse constitutionnelle héréditaire, propre à l'enfance, a beaucoup perdu de sa valeur depuis que, grâce aux nouveaux modes d'investigation scientifique et notamment à la bactériologie, on a pu rattacher à la tuberculose la plupart des affections scrofuleuses. Néanmoins, on continue à dire qu'un individu est scrofuleux lorsqu'il répond à un type spécial caractérisé par la prédominance du système lymphatique, le mauvais état des muqueuses, l'hypertrophie des ganglions. Qu'un enfant se présente avec des lèvres épaisses, la supérieure relevée et débordant l'inférieure, du coryza chronique, des polypes du nez et de l'arrière-gorge; qu'il ait au surplus les yeux chassieux, que ses oreilles coulent et que nous trouvions dans la région du cou un chapelet de glandes, nous n'hésiterons pas à affirmer que nous avons affaire à un tempérament scrofuleux. C'est ce type, ce tempérament devenu phtisique que nous allons étudier.

Les phtisiques scrofuleux, comme les arthritiques, sont des phtisiques gras; ce qui ne veut pas dire, nous le répétons, que tous les scrofuleux atteints de tuberculose pulmonaire auront de l'embonpoint, mais simplement qu'il existe une catégorie de phtisiques dont l'état général est bon, qui ont entre eux un air de famille et que ces phtisiques présentent des accidents de scrofules dans leurs antécédents personnels. Le phtisique gras scrofuleux est d'ailleurs plus rare que le phtisique gras arthritique.

La phtisie chez le scrofuleux prend une allure torpide et

apyrétique qui permet au malade d'ignorer le mal dont il est atteint. Les hémoptysies du début sont rares. Presque pas de fièvre dans le cours de la maladie. La toux est modérée et nullement en rapport avec l'étendue des lésions qui gagnent lentement et progressivement tout le poumon. Cette toux est accompagnée d'une expectoration abondante. La dyspnée est légère; ils n'ont pas de sueurs nocturnes.

L'état du tube digestif reste bon ; l'appétit se maintient et l'on voit souvent la maigreur s'arrêter pour faire place à de l'embonpoint. Toutefois, cet embonpoint n'est pas dû au développement musculaire, mais à une sorte d'adiposité produite par l'infiltration des tissus.

Pendant ce temps, le malade sent ses forces diminuer et ne sait à quoi attribuer cette faiblesse. Il va alors consulter son médecin qui constate avec surprise de l'infiltration tuberculeuse des poumons. Ici, les phénomènes locaux précèdent de beaucoup les phénomènes généraux.

La maladie continue ainsi longtemps sa marche insidieuse. Le phtisique scrofuleux offre toujours les apparences d'une belle santé; il mange bien, son embonpoint augmente, jusqu'à ce qu'il soit pris subitement d'une hémorrhagie foudroyante qui le fait passer en quelques heures de vie à trépas.

Mais, le plus souvent, il est emporté par une affection aiguë, pleurésie ou congestion grippale.

Quelques-uns perdent leur embonpoint, maigrissent, se cachectisent et finissent par succomber aux progrès de leur mal.

M. le Dr B. Martin nous cite trois observations de phtisiques gras scrofuleux.

Ces trois malades, qui ont présenté dans leur jeunesse

des accidents de scrofule, savent allier de graves lésions du poumon avec une santé qui semble parfaite et une mine qui paraît florissante. Ils mangent bien, ont augmenté de poids et ne se plaignent que de faiblesse musculaire et d'une légère gêne de la respiration.

Enfin, il existe une troisième catégorie de phtisiques gras dont les antécédents ne sont pas nettement définis et qui ne relèvent par conséquent ni de la diathèse arthritique ni de la diathèse scrofuleuse.

Ce troisième groupe se comporte comme les deux que nous avons déjà décrits. Ces malades sont gras, adipeux même, alors qu'ils sont porteurs de profondes lésions. En un mot, on constate un contraste frappant entre l'état local et l'état général.

Thérapeutique. — Nous l'avons dit au début : il n'y a pas de phtisie grasse, il y a simplement des phtisiques gras. Le traitement général de la phtisie leur sera applicable.

Mais peut-être pourrons-nous tirer quelques indications se rapportant au choix du climat, de l'état diathésique de ces malades.

Les arthritiques, prédisposés aux congestions, aux hémoptysies, devront éviter le séjour sur les hauts plateaux où l'air est trop vif et les stations des bords de la mer à cause des brusques changements de température. Un climat chaud et humide dans une localité bien abritée, Pau, par exemple, leur convient parfaitement.

Les scrofuleux, au contraire, chez lesquels les poussées inflammatoires sont moins à craindre, se trouveront bien d'une cure aux bords de la mer ou d'une saison à la montagne.

Concluons : Il existe des phtisiques gras.

Bon nombre de ces phtisiques sont des arthritiques ; quelques-uns sont des scrofuleux. Enfin, un troisième groupe de phtisiques gras n'a pas d'antécédents diathésiques connus.

Le Midi est indiqué pour les premiers; la montagne et les bords de la mer pour les seconds; quant aux troisièmes, on déduira des indications particulières, le séjour qui convient le mieux à chacun d'eux.

XAVIER.

HYGIÈNE

LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE PAR LE LAIT ET LES VIANDES D'ANIMAUX TUBERCULEUX

Cette question a fait l'objet de deux communications de M. Galtier à la *Société de Biologie* (9 février 1900).

Dans une première série d'expériences, M. Galtier inocule à des cobayes du lait dans lequel il a mélangé en très grande proportion des débris tuberculeux. Les cobayes qui reçoivent ce lait non chauffé meurent tuberculeux dans le délai ordinaire. Les cobayes qui reçoivent du lait chauffé à 70° pendant six minutes sont tuberculeux trois fois sur quatre, mais leur tuberculose est atténuée. Ceux qui reçoivent du lait chauffé à 75 et à 80° présentent la tuberculose atténuée une fois sur quatre, et quand le lait est chauffé à 90°, la tuberculose arrive une fois sur douze.

Deux jeunes porcs âgés de 2 à 3 mois, ayant reçu, du 4 mai au 20 juillet, cinq repas composés de lait et d'un

hachis préparé avec des lésions tuberculeuses, chauffés pendant vingt minutes à 75°, ont conservé tous les signes de la santé avec un excellent état d'embonpoint. Cependant, sacrifiés dans le courant de septembre, ces animaux présentaient des tubercules dans les ganglions de la gorge et du mésentère.

Ces expériences prouvent que l'ébullition est nécessaire pour empêcher un lait tuberculeux de transmettre la maladie. Ce fait était déjà acquis, mais il est rendu plus incontestable par ces expériences.

Nous nous permettrons une observation : c'est que ce genre de travaux ont peu d'utilité pour l'hygiène de l'homme. En effet, on n'a pas l'habitude d'inoculer le lait des nourrices aux enfants, ou de les nourrir avec un hachis de matières tuberculeuses. Le travail vraiment utile serait de rechercher si le lait de nourrice tuberculeuse, que cette nourrice soit une femme ou un animal, administré par la bouche à des cobayes, peut leur transmettre la tuberculose; si cette transmission est possible, quand la nourrice est tuberculeuse, ses mamelles étant indemnes.

Dans un second travail, M. Galtier a démontré que la viande et les viscères tuberculeux soumis à la cuisson ne pouvaient pas transmettre la tuberculose.

Un jeune porc a reçu à différents jours, comme nourriture, des viscères de vache tuberculeux, et malgré ce régime continué pendant six mois, le jeune animal n'a présenté aucune altération dans sa santé. L'auteur conclut que la « consommation accidentelle d'organes tuberculeux stérilisés ne peut pas provoquer un empoisonnement; que même des repas répétés dans lesquels entrent des quantités relativement élevées de lésions tuberculeuses

stérilisées, ne provoquent aucune indisposition ; que l'ingestion des lésions cuites et du bouillon de cuisson est sans danger ; qu'il n'y a à redouter aucun accident à la suite de la consommation des viandes et des organes d'animaux tuberculeux convenablement cuits alors même qu'ils auraient quelques lésions ».

Strauss, dans son magnifique ouvrage sur la tuberculose, a établi l'inocuité des viandes tuberculeuses sur des expériences autrement probantes, car elles ont été faites sur l'homme. La première expérience est rapportée par Schottelins. L'autorité de la ville de Wursbourg autorisa, sous le contrôle du professeur Reubold et du D[r] Hacker vétérinaire, la vente de viande provenant de vaches tuberleuses aux habitants de certaines localités qui furent tenus de la consommer eux-mêmes et leur famille. Ces gens soumis à une surveillance médicale consommèrent la viande suspecte sous toutes les formes : cuite, rôtie, en saucisses, et même *crue*. Elle constitua leur principale nourriture pendant des semaines entières. Au bout d'un an, l'enquête montra que les résultats étaient entièrement négatifs. A la suite de cette expérience, la viande tuberculeuse fut livrée dans tout le pays à la consommation des gens nécessiteux, et une enquête poursuivie pendant quinze ans prouva la parfaite inocuité de cette nourriture.

Bollinger a fait une enquête sur les équarisseurs de Bavière qui, avec leur famille, forment un personnel d'environ 3.000 individus. L'usage de la viande de provenance tuberculeuse est très répandu dans ce milieu ; et une enquête a démontré que la tuberculose y était plus rare qu'ailleurs (voir Strauss, page 658).

D'où je conclus qu'on ferait bien de supprimer sur nos

marchés les inspecteurs des animaux de boucherie; ce serait une économie et une vexation de moins pour nos agriculteurs.

Je relèverai dans la communication de M. Galtier une phrase un peu obscure mais qui me semble renfermer une erreur scientifique. Parlant des viandes tuberculeuses, il dit « la *toxine* qu'elles peuvent contenir ne saurait être qu'en quantité si minime que son action est négligeable ». Or, dans la transmission de la tuberculose, c'est le microbe seul qui est actif ; la toxine ne peut produire la tuberculose, j'ajoute que son action est nulle sur les organismes qui ne sont pas déjà tuberculeux.

P. Jousset.

SÉMÉIOTIQUE

DE LA PITUITE

La pituite est un symptôme constitué essentiellement par trois phénomènes : l'état nauséeux, un écoulement abondant de liquide et des accès de toux. Ce syndrome se produit toujours à jeun ; il débute par un malaise excessif avec ou sans douleur au creux de l'estomac, avec un sentiment prononcé de défaillance. En même temps, il se fait un afflux considérable de liquide dans la bouche qu'habituellement le malade laisse écouler au dehors. Au bout d'un instant surviennent des efforts violents de vomissement et une petite toux extrêmement fatigante.

Les efforts de vomissement sont habituellement stériles, ou bien amènent quelques gorgées de liquide stomacal, brûlant ou amer. Un soulagement notable suit toujours

l'effort du vomissement, puis l'accès se renouvelle deux ou trois fois. Enfin, le désordre s'apaise complètement et le malade ne ressent plus aucune suite de cet orage. Telle est la description du syndrome auquel les anciens ont donné le nom de *pituite*. Il s'observe principalement et à un haut degré dans l'alcoolisme chronique, mais il peut se montrer accidentellement et sous l'influence d'erreur de régime chez tous les goutteux atteints de dyspepsie. C'est ce syndrome que M. Paul Le Gendre a observé chez quelques malades et qu'il décrit dans la *semaine médicale* sous le nom de *régurgitation pituitaire spasmodique*.

Plusieurs choses nous ont frappé dans l'article de M. Le Gendre.

D'abord le style de la grande littérature transporté en pathologie ; puis l'étonnement que lui fait éprouver la rencontre d'un symptôme aussi vulgaire que celui de la pituite, étonnement qui se traduit par une dénomination nouvelle dont le besoin ne se faisait nullement sentir. M. Le Gendre nous signale encore dans son article ce que j'appellerai l'abus des spécialités. Il paraît que les malades atteints de névropathie dyspeptique ou de dyspepsie névropathique iraient du médecin qui s'est spécialisé dans le traitement des neurasthénies, à celui qui s'adonne aux maladies de l'estomac, sans autre résultat pour eux « que de les faire alternativement doucher ou tuber, électriser ou soumettre à des régimes diététiques ». M. Le Gendre ajoute que les chirurgiens, depuis qu'on leur a ouvert largement le territoire médical, en ont profité pour pratiquer la laparotomie à de malheureux névropathes.

Si ce tableau est réel, je plains les malades et les médecins ; et nous voilà revenus aux beaux temps de la médecine égyptienne du temps des Pharaons où chaque organe

avait son spécialiste. Et cependant, il y a des spécialités légitimes. Et elles sont légitimes toutes les fois qu'elles exigent, soit pour l'examen, soit pour le traitement du malade, des modes d'investigation, d'opération et de pansement qui demandent des études particulières. Ainsi les spécialités des yeux, de l'oreille, du larynx, de l'utérus et de la chirurgie. Mais des spécialités pour les maladies de poitrine, de l'estomac, de l'intestin, de l'enfance, de l'âge adulte, de la vieillesse, c'est une mauvaise plaisanterie, attendu qu'un médecin doit savoir connaître et traiter toutes ces maladies et à tous les âges de la vie.

Enfin, une dernière chose m'a frappé dans l'article de M. Le Gendre. C'est, je ne dirai pas seulement son indifférence thérapeutique, c'est plus que cela, c'est qu'il me semble absolument étranger à l'action des médicaments. Ainsi, contre la pituite, il administre indifféremment « des alcalins ou des poudres inertes, de la belladone, de l'opium, de l'éther et tous les antispasmodiques sans aucun succès. Il n'a pas obtenu un meilleur résultat avec une boisson chaude ou une boisson glacée ». Quelle cuisine ! Faut-il rappeler à M. Le Gendre que l'action de la belladone, de l'opium, de l'éther sont aussi différentes les unes des autres que celle de l'eau glacée et de l'eau chaude.

L'étude de la matière médicale expérimentale et l'observation clinique nous a appris qu'en dehors du régime, les médicaments indiqués par le syndrome pituite étaient nux nomica, arsenic et granatum.

P. Georges.

—

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIE DE LA COCAÏNE

III. — *Etudes des symptômes par appareils.*

Symptômes de la vie de relation. — *Moral.* — La cocaïne produit des symptômes d'excitation et de dépression. Les symptômes d'excitation varient depuis une simple augmentation de l'activité cérébrale jusqu'au délire le plus intense.

Augmentation de l'activité cérébrale (2), grande facilité pour le travail intellectuel ; il écrit et compose facilement, mais le lendemain, lorsqu'il relit son travail, il trouve que, bien que chaque phrase soit complète, les idées sont incohérentes (25).

Sensation de gaieté agréable (25) ; hilarité (4) ; il est dans un état de gaieté comme s'il avait bu du wisky ; il paraît ivre (4, 31).

Gaîté, loquacité, facilité des opérations intellectuelles avec sensation générale de bien-être (41).

[Bavard, il répète la même idée de diverse façon, parce que l'expression propre lui manque] (1).

Sensations magnifiques ; il se sent d'une vigueur supérieure, apte à tous les exercices de force ; il se sent un pouvoir supérieur à tous ; il a un besoin irrésistible de

(1) Les symptômes entre crochets [] sont empruntés à Allen. *Handbook of materia medica.* Les chiffres entre parenthèses () indiquent les observations auxquelles on peut se reporter.

remuer, de gesticuler ; voudrait entreprendre des exploits (4) (*délire des grandeurs*).

Discours incohérents ; confusion des idées avec assoupissement (5, 31).

Difficulté dans l'émission des mots (24).

Délire et agitation nocturnes (43).

Illusions ; il s'imagine à chaque pas renconter des objets effrayants (41).

Hallucinations de la vue et de l'ouïe (39, 40).

Délire violent avec hallucinations simulant le délirium tremens (26).

Par contre, on observe des symptômes de dépression : abattement, torpeur, engourdissement (43).

Demi-coma, dont on peut être tiré facilement pour répondre aux questions (36); dont on est tiré difficilement (29).

Il reste complètement inerte, les yeux hagards, sans pouvoir parler, après une injection sous-cutanée (44).

Etat d'apathie, de somnolence persistant pendant cinq heures, mais avec réponses claires aux interrogations (après un badigeonnage du larynx) (42).

Sommeil. — A faible dose, la cocaïne produit un effet sédatif et amène le sommeil ; à doses fortes, elle produit l'insomnie avec délire et vertige (17).

Assoupissement avec tête lourde (2, 3, 49).

Insomnie habituelle (40).

Sensibilité. — La cocaïne produit l'anesthésie et l'analgésie soit d'une façon locale par application directe ou injections sous-cutanées, soit d'une façon plus générale par les doses toxiques ; elle produit l'insensibilité au tou-

cher, à la douleur et même à la sensation de froid et de chaud.

[Hyperesthésie].

Mobilité. — Les petites doses produisent comme premier effet l'augmentation du pouvoir musculaire (2), suivi d'une faiblesse plus ou moins grande.

Les doses toxiques amènent immédiatement la perte de la mobilité (30); perte de l'usage des jambes, suivie d'une faiblesse des jambes pendant trois jours (31).

Démarche vacillante, avec difficulté de parole, confusion mentale et agitation extraordinaire (32).

Démarche titubante (42); avec faiblesse des jambes (3).

La cocaïne produit aussi par contre quelques symptômes convulsifs :

Légers mouvements convulsifs (2). Convulsions avec perte de connaissance (32) ; attaque épileptiforme (39).

Opisthotonos avec mouvements convulsifs (38).

Syndrômes. — *Mouvement fébrile.* — Température au-dessus de la normale, avec peau sèche, pouls rapide et très faible, frisson tremblant et claquement des dents (29).

Transpirations abondantes : la sueur ruisselle de son visage et de son corps, ses vêtements en sont traversés; sa tête fume (31). Cette transpiration est suivie d'une grande prostration, avec frissonnement et sensation de mort prochaine (31).

Symptomes céphaliques. — Vertiges (2, 28, 32), avec obscurité de la vue (29, 36), avec sensation de grande faiblesse de tête (31) [avec demi-coma ; en s'éveillant].

Flux de sang à la tête (5); sensation de chaleur à la tête (41); sensation de battements et d'éclatement dans la tête (36).

Céphalalgie violente (3, 25, 43) ; céphalalgie sus-orbitaire (17).

[Hémicranie ; plénitude et lourdeur de tête].

Face. — Pâleur de la face (5, 32), avec sueurs froides (5), cyanose.

Par contre, figure légèrement rouge et moite (3) ; rougeur de la face (4) [bouffées de chaleur].

Transpiration de la face et du cou.

SYMPTÔMES DES ORGANES DES SENS. — *Yeux et vue.* — Les applications externes de cocaïne produisent une légère sensation de brûlure de la conjonctive, puis l'anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée ; la pâleur de la conjonctive.

Du côté de la cornée, nous trouvons la dénudation par chute de l'épithélium, la kératite vésiculeuse (20), les opacités (22).

L'anesthésie de la cornée produite par les instillations de cocaïne ne se retrouve pas après l'absorption de la cocaïne par le tube digestif.

L'inflammation de l'œil, la panophthalmie a été attribuée aux instillations répétées de cocaïne pour les opérations (21, 33) : on a observé le gonflement de la conjonctive oculaire surtout à sa partie supérieure.

Œdème de la conjonctive oculaire (33).

La mydriase est notée par presque tous les observateurs ; elle peut s'accompagner d'une paralysie légère de l'accommodation ; les pupilles sont largement dilatées. La droite l'est plus que la gauche (3).

Pupilles normales, non dilatées, réagissant bien à la lumière (42).

Tension dans les paupières ; l'œil paraît propulsé en avant (1).

Elargissement de la fente palpébrale, avec protusion de l'œil en avant, regard fixe, augmentation de l'éclat de la conjonctive, absence de clignement des paupières, comme dans la maladie de Graves (6).

Fixité du regard avec élargissement de la fente palpébrale (7).

Fixité du regard, regard hagard (44).

Augmentation de la sécrétion lacrymale, puis sécheresse de l'œil (7).

Obscurité de la vue avec étourdissements (29, 36) ; affaiblissement de la vue (31) ; amaurose (dose toxique) (30).

Astigmatisme ; les lettres paraissent danser de gauche à droite (l'œil gauche ayant été cocaïné) ; dans un cas le sautillement était plus appréciable dans la vision rapprochée ; dans les autres dans la vision éloignée.

Oreilles et ouïe. — Légers bourdonnements (3) ; bourdonnements ; avec sang à la tête, 5. [Surdité].

Nez et odorat. — Par l'application locale, la cocaïne produit une sensation d'engourdissement, suivie d'anesthésie ; la muqueuse paraît pâle et anémiée, elle se rétracte ; on observe ensuite, comme action secondaire, le gonflement de la muqueuse et de l'hypéresthésie.

Perte de l'odorat (12).

SYMPTÔMES DE LA PEAU. — Transpirations abondantes (31) ; transpirations de la face et du cou (32) ; légères transpirations du front (3).

Sensation de corps étrangers se trouvant sous la peau (36).

Ganglions. — Tuméfaction des ganglions voisins de l'injection.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Bouche et pharynx.* — Les applications locales de cocaïne produisent l'anesthésie de la bouche et de la langue, avec une sensation particulière.

La sécheresse de la bouche et du pharynx est notée dans presque toutes les observations.

Douleurs brûlantes au palais (38).

Léger engourdissement au bout de la langue (4). [Langue sèche et pâle].

Déglutition difficile (29, 36).

Goût amer (39) ; perte du goût (12, 31).

Anorexie (4, 34, 40, 42).

Les dents se gâtent, résorption des racines (40).

Salivation (24).

Estomac. — Sensation de chaleur (4) ; de vacuité (4) [pression à l'épigastre], nausées ; nausées sans vomissements ; vomissements continuels (31) ; vomissements qui soulagent (31).

Crampes d'estomac violentes (31).

Intestin. — La diarrhée est notée par un observateur (15). Un autre signale une constipation opiniâtre durant plusieurs jours et difficile à vaincre (34).

SYMPTOMES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — *Organes génitaux.* — Chez l'homme nous notons l'excitation sexuelle (40), et l'abolition de la fonction (34). Sensation de froid, de relâchement dans les organes génitaux, comme si le pénis était absent ; pendant l'emploi de la cocaïne, faiblesse des organes avec pertes séminales et impuissance (37).

L'injection de la cocaïne dans l'urèthre en amène l'anesthésie et produit la pâleur du gland (12). [Brûlures en urinant].

Chez la femme, les badigeonnages répétés ont produit l'anesthésie de la vulve et du vagin (10).

Sécrétion urinaire. — La cocaïne produit tantôt l'augmentation de la sécrétion, tantôt la diminution pouvant aller jusqu'à l'anurie ; il nous semble que la diminution est produite par les doses toxiques, l'augmentation par les doses plus faibles.

Augmentation de la sécrétion urinaire et des phosphates (13).

Chez onze sujets en bonne santé, huit ont présenté l'augmentation de la quantité des urines (18).

La cocaïne ralentit la sécrétion urinaire, empêche l'élimination des produits d'oxydation, et amène uue légère urémie ; à doses massives elle produit l'anurie avec accidents urémiques graves; cette anurie est suivie de diurèse (23).

Anurie (4, 23, 24, 28, 34).

SYMPTOMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Les badigeonnages et l'inhalation de la cocaïne anesthésie le larynx et la trachée et supprime la toux.

Respiration plus facile (3),avec augmentation des mouvements respiratoires (43).

Dyspnée (29,32). Dyspnée considérable (30) [respiration rapide].

Tendance à soupirer (3, 4).

Chez les animaux, à petites doses, la respiration est accélérée, puis diminue; à hautes doses, diminution rapide, puis paralysie de la respiration.

Respiration de Cheyne-Stokes.

SYMPTOMES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — L'action de la cocaïne sur le cœur est stimulante pour les petites doses, inhibitrice de la contraction des ventricules à doses moyennes; produit l'arrêt en diastole à dose toxique (19) [battements amenant un afflux de sang à la tête; des bourdonnements d'oreille; une confusion des idées, des battements dans les doigts et les orteils].

Syncopes passagères lorsque le sujet à qui l'on fait une injection de cocaïne n'est pas dans le décubitus.

Le pouls augmente de fréquence sous l'influence de la cocaïne; il peut être plein (42); mais plus souvent on note qu'il est si faible qu'on peut difficilement le compter (29, 36); il présente des intermittences tous les 5 battements environ, avec cyanose de la face et sensation interne de suffocation au niveau du cœur (31).

Comme symptôme opposé, nous trouvons le pouls plus plein, plus rare (13).

Le tracé sphygmographique montre l'accroissement d'énergie des contractions cardiaques et la diminution de la tension artérielle (13) [A quelle dose et dans quelles conditions ?]

La cocaïne produit la contraction des vaisseaux sanguins et l'accroissement de la pression sanguine (19).

Son action sur la température est de l'élever un peu au-dessus de la normale, tantôt avec la peau chaude et sèche, tantôt avec frisson et claquement de dents.

Chez les animaux, action déprimante sur le cœur, qui diminue de force et augmente de fréquence; paralysie finale en diastole (Hermann, M. Bigge) ou en systole (Gubb).

SYMPTOMES DES EXTRÉMITÉS. — Fourmillements et engourdissements dans les mains (31), danstout le bras gauche, siège de l'injection (3), dans les orteils et les doigts (5), fourmillements dans les doigts empêchant d'écrire (34), crampes dans les jambes et les pieds, sur tout à la face dorsale du pied droit (31).

Tremblements dans les doigts (4).

Anesthésie et analgésie des membres inférieurs et du tronc par une injection intra-rachidienne (27).

Faiblesse des jambes; marche vacillante; titubante; perte de l'usage des jambes pendant plusieurs jours.

(La fin au prochain numéro).

Dr MARC JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

ACTION DU CALOMEL SUR LE FOIE.

(Travail du Laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques).

D'une série d'expériences faites sur des lapins et des cobayes pendant le mois de novembre 1899, il résulte que ce corps, administré à des doses diverses sous forme d'injections sous-cutanées, détermine des lésions inflammatoires du foie. L'inflammation a son point de départ dans les canaux biliaires. Elle est marquée dans les espaces portes; ces espaces sont convertis en un amas arrondi de cellulles embryonnaires bien colorées. Au voisinage de ces espaces portes, mais surtout des veines sus-hépathiques, existe de larges îlots de nécroses de coagulation à contours irréguliers. Ces îlots sont formés de cellules en voie de destruction.

P. JOUSSET.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LA PESTE A PORTO

C'est encore un mystère de savoir comment la peste a été introduite à Porto. On suppose qu'un navire anglais, le *City of Cork*, qui fait un service entre Porto et Londres, devrait être incriminé, non pas parce qu'il venait d'un pays où régnait la peste, mais parce qu'il avait débarqué à Porto des marchandises venant des provinces de l'Extrême-Orient infestées par la peste. Et c'est quelques semaines après l'arrivée de ce navire à Porto que le premier cas de peste fut constaté chez un Espagnol débardeur du port. D'autres renseignements semblent prouver que la peste existait déjà à Porto avant que le *City of Cork* eût touché à Porto. Dans cet embarras, la légende des rats a été invoquée. Il est évidemment impossible de pouvoir nier que quelque navire venant des pays infestés, n'ait introduit dans le pays quelques rats qui ont été les instruments de la propagation de la peste.

MM. Calmettes et Salimbéni, venus à Porto pour étudier la peste et auteurs de l'article où nous puisons nos renseignements, acceptent l'opinion que la maladie aurait été importée par les rats (*Annales de Pasteur*, décembre 1899).

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de la grande disposition des rats et des souris à prendre la peste et du rôle probable de ces rongeurs dans la propagation de cette maladie. Mais nous aimerions à ce que des enquêtes

sérieuses fussent faites et qu'on ne se contentât pas d'une simple affirmation.

MM. Calmettes et Salimbéni ont observé 152 cas de peste à l'hôpital destiné à recevoir ces malades. Dans cette épidémie, la presque totalité des malades ont présenté la forme classique de la peste à bubon. La forme pulmonaire primitive ne s'est jamais présentée ; mais, par contre, on a pu constater souvent une pneumonie secondaire venant compliquer la forme bubonique.

Les formes légères ou bénignes ont été très rares. Le bubon inflammatoire, soit isolé dans l'aine, ce qui est le plus fréquent, soit quelquefois à l'aine et dans l'aisselle, constitue le symptôme initial et autour duquel évolue tous les autres. La douleur et l'inflammation sont considérables. En même temps le malade est pris d'un mouvement fébrile modéré (38 à 38°5) avec céphalalgie, faiblesse générale, une sensation d'inquiétude et d'angoisse caractéristique. Vers la fin de la première semaine le bubon grossit, rougit et suppure. La température s'élève quelquefois à 39 ou 39°5 et s'abaisse aussitôt après qu'on a donné passage au pus par une incision. Le pus contient toujours un certain nombre de bacilles pesteux.

Dans la *forme grave,* après quelques jours de prodromes marqués par de la faiblesse et de l'inappétence, le malade est pris de frissons violents avec céphalalgie et quelquefois diarrhée. La température monte à 40°5 et au-delà. Le pouls est fort, vibrant à 120 pulsations. Le malade est surexcité, a du délire ; ce délire peut être furieux et exiger la camisole de force.

Les bubons apparaissent et sont multiples dans l'aine, dans l'aisselle et au cou. Souvent on observe des pété-

chies, des pustules pleines de sérosités sanguinolentes dont le fond peut se gangréner. Puis une période d'affaissement se prononce ; le pouls devient mou, faible, incomptable : la température reste très élevée ; la somnolence, un coma plus ou moins incomplet, de l'inquiétude, de l'angoisse, puis enfin une perte complète de la connaissance chez ceux qui doivent mourir.

Quand le malade doit guérir, la chaleur fébrile diminue ainsi que la fréquence du pouls. Le calme, puis le sommeil reviennent ; habituellement les bubons suppurent et les malades guérissent après une convalescence plus ou moins longue.

La peste de Porto, on peut en juger par la description à grands traits que nous venons d'en faire, est donc la peste bubonique classique. Et pour nous, tout l'intérêt réside dans l'action de la sérumthérapie pendant cette épidémie et dans les mesures prophylactiques qui ont été prises pour empêcher l'extension de la maladie.

Sérumthérapie. — Les statistiques de MM. Calmettes et Salimbéni établissent d'une manière certaine l'efficacité de la sérumthérapie dans la traitement de la peste.

Sur les 152 pestiférés entrés à l'hôpital de Porto, 2 sont morts en arrivant, 10 n'ont pas reçu de sérum parce qu'ils étaient convalescents, 140 ont été traités par le sérum, plus 2 malades traités en ville. Soit en tout 142 malades dont 21 sont morts : mortalité 14,78 p. 100.

Dans le même temps, 72 pestiférés restés dans la ville et qui n'ont pas reçu le sérum ont donné 46 morts. Mortalité 63,72 p. 100.

La différence entre 14,78 et 63,72 donne la mesure de l'efficacité du sérum.

MM. Calmettes et Salimbéni insistent sur la nécessité d'employer tout d'abord des doses fortes et préconisent les injections intraveineuses comme très supérieures.

Voici comment ils formulent l'administration du sérum :

« Tous les malades atteints de peste bubonique ou de forme pulmonaire de peste, et surtout ces derniers, doivent être traités le plus tôt possible, au début de la maladie, par une injection intraveineuse de 20 centimètres cubes, suivie de deux injections sous-cutanées de 40 centimètres cubes au moins chacune. Répéter dans les vingt-quatre heures ». (*Loco citato*, page 900). Les jours suivants, tant qu'il y a de la fièvre et même deux jours après, le malade doit recevoir en injection sous-cutanée la dose de 10, 20 ou 40 centimètres cubes.

L'action du sérum chez les malades se caractérise par l'abaissement de la température, la diminution, puis la cessation du travail inflammatoire des bubons. Quand on avait constaté la présence des microbes de la peste dans le sang des malades, ces microbes disparaissaient après l'injection intra-veineuse, même chez les malades qui ont succombé.

Les accidents causés par le sérum sont analogues à ceux observés après les injections des autres sérums médicamenteux. Eruptions, douleurs articulaires, etc. Ils ont été peu nombreux et d'une grande bénignité.

Vaccination préventive. — Comme pour toutes les vaccinations, l'immunité peut être conférée, soit par le sérum antipesteux, soit par les cultures du bacille ; Haffkin qui a employé ce moyen atténuait le bacille en le soumettant à 70 degrés pendant une heure.

Ici, comme toujours, le sérum antipesteux confère immédiatement l'immunité; mais cette immunité ne dure guère plus de quinze jours. La mort du Dr Pestana est un exemple de la courte durée de l'immunité conférée par le sérum. Il avait été vacciné le 18 septembre et contracta une peste mortelle le 13 octobre. La dose de sérum antipesteux est de 5 centimètres cubes injectés sous la peau du ventre.

La vaccination avec des cultures de bacilles tués par le chauffage à 70 degrés ne procure l'immunité qu'après huit à dix jours, mais d'après Haffkin, qui a généralisé cette méthode dans l'Inde, l'immunité serait beaucoup plus durable qu'après la vaccination par le sérum. La vaccination par la culture de bacilles a d'autres inconvénients. Elle produit un mouvement fébrile qui dure vingt-quatre ou quarante-huit heures, mais surtout elle favorise le développement de la peste chez les malades en incubation. Preuve nouvelle que la vaccination est due à la cause atténuée de la maladie et non à une antitoxine. Car l'antitoxine, loin de favoriser la maladie en incubation, la détruirait encore plus sûrement que lorsqu'elle a atteint son plein développement.

Mesures prophylactiques. — Cordons sanitaires. — Désinfection. — Quarantaine. — Les cordons sanitaires se sont montrés utiles en Russie, là où les villages sont séparés par d'énormes espaces déserts et où l'alimentation peut se faire sur place.

A Porto, le cordon sanitaire a engendré la famine et on a été obligé de laisser entrer et sortir des personnes qui apportaient des vivres dans la ville. Cette mesure ne favorisa pas l'extension de la peste en Portugal.

Les quarantaines applicables aux seuls ports de mer sont souvent illusoires. Il suffirait, en effet, que les rats qui sont à bord du navire envahissent le port et y propagent la maladie.

La *désinfection* est certainement le moyen le plus sûr ; seulement il n'est pas applicable à toutes les marchandises. Toutes les marchandises désinfectables par la chaleur humide seront passées à l'étuve, les autres devront être détruites par le feu, ce qui constitue une grosse perte. Enfin, si malgré toutes les mesures prises, quelques cas de peste venaient à se déclarer dans une localité, il faudrait isoler ces malades dans un local spécial et soumettre à une vaccination souvent renouvelée toutes les personnes qui les approchent.

La vaccination est évidemment défectueuse et il est impossible de soumettre de grands centres d'habitation à une vaccination régulière et périodique. Ce qui s'impose, c'est la recherche d'un vaccin qui procure une immunité de longue durée. Ce vaccin ne peut être demandé qu'aux cultures pures. Jusqu'à présent, on a essayé dans cette voie, la culture pure atténuée par la chaleur à 70 degrés. Mais l'extrême petitesse des doses de culture pure augmentées progressivement ou encore la culture pure atténuée par l'iode ou par l'électricité à haute tension, donnerait peut-être des résultats plus favorables. La grande difficulté, je le sais, c'est d'inoculer la culture pure à l'homme, quelque petite que soit la dose. Mais une méthode mixte qui comprendrait l'inoculation de la culture pure attenuée par la chaleur à 70 degrés et dont on renforcerait la puissance par des injections très minimes de culture pure à partir du dixième jour, alors que l'immunité est bien établie, serait sans danger, surtout si on

avait pris soin d'étudier chez les animaux la question des doses à inoculer et du temps qui devrait séparer chaque inoculation.

P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Un cas d'œdème malin (charbonneux) des paupières avec guérison spontanée. — II. Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration. — III. Deux cas de pleurésie typhoidique. — IV. Ivresse par les collyres d'ésérine. — V. Opothérapie gastrique animale dans l'hypopepsie.

I

(*Séance du 12 janvier*). — M. Thoinot présente à la Société un malade qu'il a observé pendant les vacances avec le Dr Girot (de Tillières-sur-Avre). Ce dernier voyait à son cabinet le 29 septembre, cet homme qui portait aux deux paupières à droite un œdème considérable qui, s'étendait, mais plus léger sur la joue droite. L'œdème était *blanc, mou, indolore*. Le malade ne pouvait ouvrir les yeux ; en pressant sur les paupières gonflées, on faisait sortir un peu de sérosité. En examinant de plus près, le Dr Girot remarqua au voisinage de la commissure externe des paupières un point noir de petite dimension mais très nettement visible.

Le malade gardait des moutons à Montigny-sur-Avre, l'avant veille, lorsqu'il ressentit près de la commissure

externe de l'œil droit une vive douleur de piqûre ; dès le soir, la paupière supérieure droite se tuméfiait et cette tuméfaction n'avait fait qu'augmenter depuis.

L'état général était bon, langue humide, pas de fièvre.

Dès le lendemain (30 septembre) l'état s'aggravait ; après une mauvaise nuit, la fièvre s'allumait, le gonflement augmenta considérablement, la joue droite se tuméfia de plus en plus, les ganglions sous-maxillaires droits se prirent ; en même temps l'œdème gagnait la partie gauche de la figure, la paupière supérieure, la racine du nez, le front. Ce même jour 30, c'est-à-dire au *troisième jour* à dater du début, des *vésicules* se semèrent sur la paupière supérieure et autour du point cautérisé, et une plaque *d'escharre* noire, parcheminée, se forma sur la paupière supérieure droite, au milieu des vésicules. L'affection se caractérisait, M. Girot et M. Thoinot appelé à la voir, portèrent le diagnostic d'œdème malin charbonneux.

Comme traitement, ils ne purent prescrire que des compresses de sublimé.

Le jour suivant, l'état parut désespéré; l'escharre s'étendit sur la paupière supérieure droite, l'œdème devint colossal à la face aussi bien à droite qu'à gauche ; il gagna le *front* et le *cou*. En même temps la fièvre augmentait (40 degrés et 110 pulsations), le pouls se faisait intermittent, l'haleine devenait fétide, la respiration gênée par l'œdème du cou ; la diarrhée enfin se montrait.

De plus encore, l'œdème de la face, à droite prenait une dureté et une coloration rouge inquiétante.

Le malade fut envoyé au petit hôpital communal de Brezolles, aux soins du Dr Auclair.

Contre toute attente, l'affection s'améliora. Dès le 2 octobre, la fièvre tombait, l'œdème retrocédait d'abord à gauche, puis à droite, l'escharre se limitait et se détachait peu à peu; le 6 octobre, il demandait à manger et entrait franchement en convalescence.

Il ne lui restait qu'à éliminer son escharre, ce qui se fit ensuite.

M. Thoinot fait remarquer que l'œdème malin des paupières est une affection rare, beaucoup moins fréquente que la pustule maligne; qu'en outre le charbon se fait rare en France.

Il avait, le 30 septembre et le 3 octobre, prélevé un peu de sérosite qu'il a inoculé en vain à six cobayes. Mais cet échec ne contredit pas le diagnostic. Il y a longtemps que Maunoury (de Chartres) a constaté que le sérosité de la pustule maligne inoculée à des brebis ou à des lapins peut ne donner aucun résultat, tandis que l'insertion sous la peau de ces animaux de l'escharre entière donne presque infailliblement le charbon.

La guérison parait spontanée, car les simples compresses de sublimé ne peuvent avoir eu une grande influence sur la maladie.

M. Rendu fait remarquer que le charbon n'est pas aussi rare en France et qu'il s'est développé avec une grande intensité dans le Loir-et-Cher, à cause de nombreuses tanneries qui y travaillent des peaux venant de Chine, et qui sont souvent contaminées.

M. Thoinot reconnaît le bien fondé de l'observation du Dr Rendu, mais le charbon humain d'origine indigène a subi une grande diminution en rapport avec la diminution du charbon indigène animal.

II.

M. le Dr Toulouse vient donner quelques détails sur un nouveau mode de traitement de l'épilepsie que M. Richet et lui ont dernièrement exposé à l'Académie des sciences.

Ils ont pensé qu'en privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorures, on devait le rendre ainsi plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition des cellules par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition de ces cellules pour les poisons est plus intense, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence de sels alcalins alimentaires.

Quelle que soit la valeur de cette hypothèse le résultat du traitement a été très favorable comme le montreront plus loin quelques observations.

On admet que nous consommons environ 14 grammes de sel par jour. Le régime alimentaire donné aux malades en traitement représente 2 grammes de chlorure de sodium et se compose de :

Lait	1.000	grammes.
Viande de bœuf .	300	—
Pommes de terre .	300	—
Farine.	200	—
Deux œufs . . .	70	—
Sucre	50	—
Café.	40	—
Beurre.	40	—

Ces aliments étaient donnés sous la forme suivante.

A 7 heures du matin, 25 centilitres de lait.

A 11 heures, deux crêpes faites avec des œufs, de la farine, du lait et du sucre ; café.

A 3 heures, bouillie faite avec de la farine et du sucre délayé dans du lait bouillant.

A 5 heures 1/2, bouillon non salé, bœuf bouilli sans sel, pommes de terre non salées, sautées au beurre.

Pas de vin, et le restant du lait donné en boisson avec de l'eau.

Ce régime spécial a été accepté volontairement par les malades qui le trouvaient agréable à cause des crêpes. Des malades ont pu, sans aucun inconvénient ni sans en être rebutées, le prendre pendant sept mois. Elles ont été soumises brusquement au régime d'hypochloruration et ne paraissent pas avoir souffert de ce changement rapide dans leur régime alimentaire.

Les vingt épileptiques soumis à ce régime ont été pris à l'asile de Villejuif ; ils avaient pour la plupart des accidents fréquents ; on leur administrait le bromure de sodium à la dose de 4 grammes, puis de 2 grammes.

Plus tard, on a usé d'un régime moins compliqué : on a donné les aliments ordinaires non salés et on a gradué la quantité de pain.

Voici quelques résultats :

Un malade (n° 3 du tableau), pendant cinquante-cinq jours, est au régime alimentaire ordinaire, prend en moyenne 3 grammes de bromure de potassium par jour et a 11 crises ; pendant cinquante-cinq jours, régime spécial d'hypochloruration et 4 grammes de bromure de sodium, avec 3 crises seulement.

Un autre (n° 8), pendant quatre-vingt-cinq jours, régime ordinaire et 2 grammes de bromure de potassium avec

25 crises et 20 vertiges ; pendant quatre-vingt-cinq jours, régime spécial et 2 grammes de bromure de sodium, pas une crise, pas un vertige.

Un autre (n° 18), en cent quatre-vingt-dix-neuf jours, a 47 crises et 210 vertiges ; en cent quatre-vingt-dix-neuf jours, avec le régime spécial et 2 gr. 40 de bromure de sodium, a 2 crises et 4 vertiges.

Nous avons choisi les exemples les plus typiques.

La contre-épreuve a été faite, chez ces malades. Si on reprenait le régime ordinaire, même en continuant le bromure, les accès revenaient au bout de quelques jours.

MM. Richet et Toulouse pensent que cette idée thérapeutique se rattache à une plus générale, susceptible d'être appliquée dans d'autres maladies, qui consisterait à modifier la nutrition pour rendre l'individu plus ou moins sensible à l'action du médicament ou du poison. Ils ont appelé cette méthode générale *thérapeutique métatrophique*, et ils pensent par exemple que l'action des iodures alcalins pourrait être exaltée par l'hypochloruration dans le traitement de la syphilis et de l'athérome.

M. Merklen se demande si le chlorure de sodium en excès dans le sang ne pourrait avoir une action irritante sur les centres nerveux. Il a constaté de l'hyperchlorurie urinaire et de l'hyperchlorhydrie gastrique chez des malades hémo-arthritiques atteints de neurasthénie pulsatile, c'est-à-dire de palpitations cardiaques et artérielles avec bruit dans les oreilles.

M. Linossier rappelle que Neucki et Schumow Simanowski ont démontré que le brome peut se substituer au chlore dans les tissus de l'organisme.

Après un traitement bromuré de dix jours seulement,

ils trouvèrent dans les divers tissus et organes d'un chien, plus de brome que de chlore. Dans certains comme les reins, la moelle osseuse, la quantité du premier dépassait le double de celle du second.

Et le brome ainsi fixé n'était pas simplement surajouté aux éléments minéraux du tissu; il était en réalité, au moins en partie, substitué au chlore, car la proportion de ce dernier était moindre que la normale.

M. Linossier pense qu'en appauvrissant les tissus en chlorure par le régime, on les rend plus avides de chlorures et de bromures qui leur sont si voisins au point de vue chimique.

III

(*Séance du 19 janvier*). — MM. Souques, Laisné et Ravaut ont eu l'occasion d'observer dans le service du Dr Chauffard deux cas de pleurésie à bacille d'Eberth.

Ces pleurésies sont assez rares; nous allons résumer les deux observations.

Obs. I. — Jeune homme, 18 ans, entré à l'hôpital le 16 juin, au sixième jour d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne; depuis deux jours, point de côté à gauche; râles sibilants disséminés et râles sous-crépitants aux bases. Le 22, à la base gauche, frottements pleuraux et submatité; le 23, une ponction exploratrice donne 10 centimètres cubes de liquide hémorrhagique, contenant une grande quantité de bacilles d'Eberth. L'épanchement augmente les jours suivants.

Le 30 juin, nouvelle ponction permettant de retirer deux centimètres cubes d'un liquide purulent, qu'on remplace par deux centimètres cubes de naphthol camphré.

Le malade s'améliore les jours suivants.

Le 3 juillet et le 9 juillet, petites ponctions donnant, la première un liquide hémorrhagique un peu louche, la seconde un liquide hémorrhagique fournissant toutes les deux une culture pure d'Eberth.

Le 17 juillet, ponction négative ; l'amélioration continue, et le malade sort le 3 août.

Le liquide retiré s'est toujours montré fort toxique ; il tue un cobaye de 300 grammes en vingt-quatre heures, en injection intra-péritonéale de 1/10 de centimètre cube.

Obs. II. — J.., 31 ans, entre le 4 septembre, au septième jour d'une fièvre typhoïde ; râles de bronchite.

Le 5 septembre, taches rosées.

Le 12 septembre, dyspnée, la température qui baissait remonte à 40°,8 ; début d'un épanchement à droite.

Le 20 septembre, ponction exploratrice, donnant 10 centimètres cubes d'un liquide hémorrhagique, contenant des bacilles d'Eberth. Cet épanchement disparaît très rapidement.

Les cas de pleurésies typhoïdiques causés par le bacille d'Eberth seul sont assez rares ; souvent les pleurésies qui viennent dans le cours de la fièvre typhoïde contiennent d'autres microbes (bacille de Koch, streptocoques, etc.), soit seuls, soit associés au bacille d'Eberth.

Dans presque toutes les observations, on trouve de la bronchite ou de la broncho-pneumonie précédant l'épanchement.

On a observé tous les genres d'épanchement ; sanguinolent dans les deux cas précédents, séro-fibrineux dans quelques cas, purulent le plus souvent.

IV

M. Roubinovitch vient d'observer chez un vieillard de 80 ans, un effet assez rare d'un collyre d'ésérine ; on instillait chaque jour, deux fois par jour, II gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine......	0 gr. 05
Eau distillée stérilisée.......	10 gr.

Ce qui faisait que le malade recevait environ 2 milligrammes par jour en instillation.

Depuis huit ou dix mois qu'on employait ce collyre, le malade se plaignait de symptômes de vertiges, de malaises.

M. Roubinovitch fit deux séries d'expériences ; il étudia son malade avec soin après l'application du collyre, en notant tous les symptômes observés ; puis, pendant quelques jours, il remplaça le collyre à l'ésérine par un collyre à la pilocarpine, tous les troubles disparurent pour reparaître lorsqu'on reprit l'ésérine.

Avant l'instillation de l'ésérine, la température rectale est de 36°5. Le pouls, régulier, bat 80 par minute. A l'auscultation du cœur on ne trouve aucune intermittence. La respiration présente 17 mouvements respiratoires par minute. La sensibilité, la motilité et les réflexes sont normaux. L'intelligence est lucide, la mémoire précise et la conscience très nette.

A 11 heures 1/4 du matin, on procède à l'instillation, dans le cul-de-sac conjonctival de la paupière inférieure de chaque œil, de deux gouttes de la solution de sulfate neutre d'ésérine formulée plus haut. Ces quatre gouttes représentent donc environ un milligramme d'ésérine.

Immédiatement après, les pupilles, déjà en myosis, deviennent ponctiformes.

A 11 heures 25, dix minutes après l'instillation, la température rectale est de 36°7 (augmentation de deux dixièmes) et le nombre de pulsations est de 92 (augmentation de 12). Quant à la respiration, elle reste ce qu'elle était auparavant : 17 par minute. A ce moment le malade paraît un peu absorbé, mais répond assez régulièrement à toutes les questions posées. A 11 h. 50, c'est-à-dire trente-cinq minutes après l'instillation, la température rectale est descendue à 36°4 (diminution d'un dixième), le pouls est redescendu à 80 par minute, mais la tension de la radiale a sensiblement augmenté. A l'auscultation du cœur on constate une intermittence, un véritable faux pas qui se produit tous les trente ou quarante battements.

De plus, le malade est dans un état de semi-conscience avec des troubles intellectuels et sensoriels.

Il prétend être fixé au sol, comme attaché avec des cordes, pendant que son bras droit est suspendu en l'air. Quand on lui démontre qu'il est tranquillement couché dans son lit et que son bras droit est dans la même position que le reste de son corps, il discute et soutient avec insistance son idée. Mais, quelques instants après, il déclare qu'il voit devant lui une main suspendue en l'air et qui n'est pas à lui ; cette main, dit-il, s'agite en écartant et en rapprochant les doigts, « comme font les hypnotiseur qui veulent charmer leurs clients ».

En même temps, des secousses toniques se montrent au niveau des membres : bras droit, jambe gauche, jambe droite, etc. A midi (trois quarts d'heure après l'instillation de l'ésérine), le malade s'endort lourdement, en respirant d'une façon quasi-stertoreuse. Il se réveille vers 1 heure de l'après-midi, gardant pendant quelque temps

encore un certain vague dans l'esprit et se rappelant, d'une façon indécise, ses propos au sujet de la situation de ses membres, de ses illusions visuelles, de ses idées d'hypnotisme, etc.

M. Roubinovitch a expérimenté l'ésérine en collyre chez le cobaye. L'instillation d'une goutte de la solution d'ésérine à 0 gr. 05 pour 10 grammes dans chaque œil de l'animal détermine immédiatement après une élévation de la température rectale de six à huit dixièmes; la température descend environ dix minutes après à un degré inférieur à l'état normal, d'un à deux dixièmes. Le poil de l'animal est hérissé, il a des frissonnements, des secousses convulsives dans le tronc et les membres, du hoquet. La peau est insensible à la piqûre. Les pupilles sont rétrécies. L'animal paraît aveugle, car on peut toucher son globe oculaire avec une tête d'épingle sans qu'il ferme les yeux.

Immédiatement après l'instillation, l'animal est très agité, tandis que, dix à quinze minutes après, il tombe dans un état de torpeur qui ne se dissipe qu'au bout de vingt à vingt-cinq minutes.

V

M. Launois rapporte un cas très intéressant au point de vue thérapeutique.

En 1897, il est appelé à soigner un homme de 49 ans, négociant, habitant un village des environs de Paris; cet homme se plaignait de troubles gastriques graves, d'une anorexie presque complète. Il avait maigri d'une façon considérable; son aspect faisait penser à un cancer de l'estomac, mais l'examen du ventre était rendu très facile par sa maigreur et il n'existait aucune tumeur; l'urine ne

contenait ni sucre ni albumine; le cœur était lent, mais régulier; les symptômes nerveux faisaient complètement défaut. La langue, un peu sèche, était très légèrement saburrale, l'haleine n'avait aucune odeur. L'anorexie était presque absolue, le malade ne mangeait que par raison; depuis deux ans il n'avait pas ingéré une parcelle de viande. La soif était constante. Les vomissement faisaient complètement défaut et le pyrosis était très rare. Chaque ingestion d'aliments s'accompagnait de pesanteur d'estomac, de lourdeur de tête, de sensations vertigineuses et d'un grand malaise. Les garde-robes, moulées, étaient assez régulières.

Comme tous les moyens employés ne donnaient aucun résultat, M. Launois adressa son malade au Dr Frémont, à Vichy, pour essayer de le traiter par du suc gastrique animal.

L'examen du suc gastrique, à son arrivée à Vichy, montrait que l'estomac sécrétait un liquide riche en chlorure, mais ne possédant aucune activité digestive.

L'urine était peu abondante (860 centim. cubes par jour), contenait peu d'urée et pesait 1034.

Le malade est maintenu au régime alimentaire (lait, laitages, œufs, revalescière), qu'il pouvait encore supporter avec grand'peine, et prend chaque jour, en plusieurs fois 500 centimètres cubes de suc gastrique animal.

Au bout de quelques jours, les fonctions digestives se réveillent, les sensations douloureuses perçues dans la région gastro-intestinale et dans la région céphalique disparaissent assez rapidement. Après une semaine de traitement, l'appétit renaît, le malade peut varier sa nourriture et manger de la viande.

L'amélioration s'accuse progressivement; onze jours

après le début du traitement, la quantité d'urine s'élève à 1.040 centimètres cubes et la proportion d'urée atteint 22 gr. 10. Peu à peu, G... reprend l'alimentation commune ; à mesure que l'estomac retrouve ses fonctions, les forces reviennent ainsi que l'embonpoint. Il peut quitter Vichy en septembre, presque totalement guéri. Il continue néanmoins a prendre chaque jour, en plusieurs doses espacées et progressivement diminuées, du suc gastrique animal, et, au mois de décembre, cesse tout traitement. En février 1898, il pèse 79 kilog. 500.

A cette époque, M. G... a une crise d'appendicite ; elle est beaucoup moins grave que celle dont il est atteint l'an née suivante. Il maigrit à nouveau à la suite de cette affection intestinale ; mais, sans avoir suivi aucun traitement, il revient progressivent au poids de 75 kilogrammes qu'il pèse actuellement. La santé est aujourd'hui très bonne et il peut, sans souffrir, manger tous les aliments.

Le Dr Frémont se sert d'un suc gastrique puisé dans l'estomac isolé chez des animaux omnivores ; il obtient ainsi un liquide limpide, inodore, d'une saveur acide et contenant beaucoup de pepsine.

M. Barth a observé de son côté un cas dans lequel l'administration du suc gastrique animal de Frémont a produit des résultats très favorables.

Il s'agit d'une jeune femme, nouvellement mariée, ayant eu antérieurement des accidents dyspeptiques, qui fut reprise vers la fin du deuxième mois d'une grossesse d'une difficulté de digérer, amenant un amaigrissement marqué. Malgré les différents traitements l'état de la malade s'aggravait beaucoup ; il n'existait aucune anoxerie et les aliments étaient acceptés sans répugnance ; mais

après chaque repas, quelle qu'en fût la nature, la malade accusait une sensation de lourdeur qui persistait plusieurs heures pour faire place ensuite à des douleurs plus ou moins vives, parfois même à de véritables crampes accompagnées de borborygmes, d'éructations gazeuzes, d'une sensation de sécheresse et de fétidité buccale qui souvent persistait encore le lendemain matin. La langue était blanche, saburrale, les selles rares et fétides; l'amaigrissement faisait de rapides progrès; depuis le début des accidents, le poids avait diminué de plus de 11 kilogrammes, bien que la malade eût gardé le repos presque constamment.

Le Dr Barth ayant rencontré le Dr Frémont qui le mit au courant de ses essais, pensa à ce traitement et proposa à sa malade de la faire digérer à l'aide d'un suc gastrique artificiel. Le liquide envoyé chaque semaine de Vichy, par le Dr Frémont, était conservé dans de la glace; on l'administrait immédiatement avant le repas, à la dose de soixante grammes, mélangé à une égale quantité de bouillon, est cette dose était répétée trois fois par jour.

A la grande surprise de tout le monde, le résultat fut aussi brillant que rapide; dès la première dose de suc gastrique, le repas, composé d'un petit potage et d'un œuf, était digéré sans souffrance et deux fois plus rapidement que de coutume; il en était de même des suivants; au bout de peu de jours la malade acceptait de la viande, du poisson, du pain grillé, des purées de légumes, et en moins d'une semaine le taux de l'alimentation redevenait normal et les digestions ne laissaient plus rien à désirer. On entrait alors dans le cinquième mois de la grossesse et les mouvements de l'enfant commençaient à se faire sentir.

Au bout de quinze jours de traitement par le suc gastrique, comme la malade ne se plaignait plus de son estomac et commençait à reprendre du poids, le traitement fut suspendu. Mais les pesanteurs, les brûlures et les crampes reparurent et l'on dut remettre la malade au suc gastrique.

La malade reprit le poids qu'elle possédait avant sa grossesse, les digestions continuèrent à être bonnes.

A la séance suivante (26 janvier). M. Le Gendre fait une communication très intéressante sur le même sujet.

Ami du Ds Frémont, il est depuis longtemps au courant de ses recherches. Il publie 6 observations résumées, qui sont favorable au traitement des dyspepsies et des hypopepsies au moyen du suc gastrique animal ou de la *gastérine* comme il l'appelle.

Si on réunit ces 6 observations à celles de M. Launois et de M. Barth, à 3 observations d'un médecin de Paris le Dr Sarrade et à celles qu'a publiées M. Frémont, on arrive à 13 cas très encourageants.

M. Linossier reconnaît que le traitement par le suc gastrique animal est très intéressant et très avantageux ; mais la difficulté de se procurer ce suc gastrique rend ce traitement difficile à généraliser.

On pourrait peut-être essayer de donner l'acide chlorhydrique et la pepsine à des doses beaucoup plus fortes que celles employées jusqu'à ce jour, qui sont de beaucoup inférieures à celles qui existent dans le suc gastrique de l'homme et qui sont de beaucoup inférieure à celles qui sont administrées dans le suc gastrique de chien de M. Frémont.

Malheureusement la saveur de l'acide chlorhydrique dans les solutions un peu fortes rend son administration difficile; M. Linossier a publié des formules qui permettent de tourner la difficulté.

Quant à la pepsine, l'industrie prépare des pepsines au titre 100, 200, et même, paraît-il, au titre 2.000, de sorte qu'un gramme de ce dernier produit représente 100 grammes de pepsine du codex.

M. Launois fait remarquer que le suc gastrique est un liquide trop complexe, pour qu'il soit possible de lui substituer un corps chimique.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

QUELQUES MÉDICAMENTS DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Les remèdes que recommande Danforth dans cet état sont : d'abord *arsenicum* 200e que l'on donnera en dilution, une cuillerée toutes les deux heures. Si la malade ne conserve pas sa cuillerée de médicament, il faut lui donner toutes les heures quelques globules à sec sur la langue. Arsenicum est le médicament qui correspond le mieux aux vomissements de la grossesse, c'est le remède par excellence.

Bryonia 200e se montrera aussi souvent très utile, même dans les cas les plus graves lorsque la malade vomit ou fait des efforts pour vomir chaque fois qu'elle fait un mouvement, même de la main ou lorsqu'elle se retourne dans

son lit. Il faut d'ailleurs qu'il y ait les autres symptômes qui indiquent bryonia.

Gymphoro-carpus racemosa 2e ou 3e décimale s'emploie dans des cas qui ressemblent à ceux de bryonia. Le symptôme caractéristique de ce remède est le suivant : Tant que la malade reste tranquille et couchée bien horizontalement dans son lit, elle n'éprouve aucune envie de vomir. Il y a de la répugnance pour la nourriture et même l'odeur des aliments qui cuisent est gênante. Ce remède est surtout utile dans les nausées réflexes.

Phosphorus réussit lorsque la malade se plaint de vomir des matières acides et qu'elle ressent de la brûlure au creux de l'estomac ainsi qu'une sensation de faiblesse dans le ventre.

Une remarque importante dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse est qu'il faut persévérer dans l'emploi du médicament lorsqu'il est bien indiqué et le donner à la dilution la plus élevée possible (*The Hahnemaniann Monthly*).

INDICATION DE STROPHANTUS

D'après White, les troubles cardiaques aigus et fonctionnels représentent la grande sphère d'action du strophantus, bien qu'il puisse être utile aussi dans les maladies organiques du cœur. De même qu'arnica est une sorte de panacée pour les muscles fatigués, épuisés ou meurtris, de même strophantus calme et apaise un cœur congestionné qui ne fonctionne qu'avec peine et qui a été épuisé par des efforts exagérés ; il y a alors des palpitations, de l'irrégularité des battements avec pâleur de la face, de l'anxiété et des syncopes chez les athlètes ou chez les coureurs cyclistes et, en même temps, une douleur profonde

très pénible dans la région cardiaque. Les exercices violents tels que des ascensions de montagne, des courses peuvent déterminer des douleurs, des battements de cœur, de la dyspnée, de la cyanose et de l'anxiété qui seront heureusement modifiées par strophantus. On peut encore combattre, avec lui, la douleur précordiale qui persiste longtemps après que les symptômes aigus ont disparu, lorsque la contraction cardiaque est encore plus accentuée qu'à l'habitude. Certains troubles symptomatiques de gêne circulatoire pendant la ménopause, s'accompagnant de douleurs dans les hanches et les extenseurs des cuisses sont promptement soulagés par ce remède. Il réussit surtout bien chez les tempéraments nervoso-sanguins, chez les personnes actives et énergiques qui ont plus d'énergie et d'ambition que de muscle et qui font toujours plus que leurs forces. Dans ce cas, l'exagération de l'action cardiaque, avec son cortège habituel de symptômes, cède plus volontiers à strophanthus qu'à tout autre cardiaque. Dans l'affaiblissement cardiaque chronique, il améliore très notablement la dyspnée et l'œdème. Au début de la néphrite aiguë ou chronique, il agit souvent heureusement sur l'œdème, grâce à son action diurétique, mais, plus tard, il n'a pas l'effet prompt et si net de la digitale dans ses cas. (*Hahnemannian Monthly*).

LES MÉDICAMENTS DE LA VÉSICULITÉ SÉMINALE CHRONIQUE

Wight dit, qu'en outre de l'électricité et des suppositaires à l'icthyol, le traitement interne est très important. Il a retiré de grands avantages de l'emploi d'acid. oxalicum et acid. phos. au début. On emploiera de préférence le premier dans les cas qui s'accompagnent d'une grande langueur et de lassitude ; il y a augmentation de la fré-

quence de la miction, quelques douleurs et de la brûlure, souvent les testicules sont très sensibles, beaucoup d'excitation génitale, il y a des oxalates ou de l'acide urique dans les urines. Acid. phosphoricum a beaucoup des mêmes symptômes, mais la présence de phosphates dans les urines est sa principale indication. Il est surtout utile après des excès sexuels. Lorsqu'il y a beaucoup de douleurs, gelsemium donne souvent beaucoup de soulagement. Hepar sulph. est quelquefois indiqué quand les émissions sont fréquentes. Ammonium est peut-être le remède qui convient le mieux lorsqu'il y a beaucoup de détresse mentale. Acid. picricum, qui est si utile dans les cas de prostatite réussit rarement dans la vésiculite. Il faut d'ailleurs s'attendre à être obligé de changer de remède plus d'une fois avant d'atteindre la guérison complète (*Monthly. Hom. Review*).

QUELQUES REMÈDES DE LA BRONCHITE.

Hinsdale recommande les médicaments suivants :

Aconitum. — Au début d'un rhume dû à un refroidissement; le pouls est plein et dur, la muqueuse nasale est sèche et chaude, il y a beaucoup d'éternuements. Donné à temps, il évitera bien souvent une bronchite, malheureusement il est rare que le médecin soit appelé assez à temps pour pouvoir l'ordonner.

Ferrum phosphoricum. — C'est encore un remède du début, de toutes les affections inflammatoires des organes de la respiration, lorsque l'exsudation n'est pas encore établie. La toux est fréquente et douloureuse, il y a une sensation d'irritation ou de chatouillement dans la trachée. Il est également très utile dans les poussées aiguës au cours d'une bronchite chronique. Il tient le milieu entre aconit

et gelsemium avec un pouls moins bondissant et moins d'agitation que le premier, et avec un pouls moins dépressible et moins d'accablement que le second.

Veratrum viride. — Convient aux cas qui débutent avec une grande violence, avec beaucoup de chaleur et de sécheresse de la peau, un pouls plein, dur et rapide. Il a plus de tendance à la stupeur qu'aconit et n'a pas l'anxiété et l'agitation de ce dernier. Les crachats peuvent être sanguinolents. Il est franchement indiqué lorsqu'il menace d'une pneumonie franche. Mais, dès que le pouls devient moins dur et moins rapide, il peut passer à un autre remède si la maladie n'est pas enrayée.

Belladonna. — L'enfant crie lorsqu'il tousse, la peau est sèche et en moiteur et non pas sèche comme sous aconit ou veratrum viride. Il y a tendance à l'assoupissement, mais le malade ne peut pas dormir, il tousse à moitié endormi avec une toux aboyante, par accès et surtout dans la soirée. Les joues sont rouges.

Gelsemium. — Cas aigus caractérisés par de la lassitude et un malaise physique et mental. Faiblesse hors de proportion avec la cause. La congestion est modérée, le pouls plein, mais flottant. C'est un bon remède pour la grippe et ses complications catarrhales.

Bryonia. — Toux généralement sèche qui semble venir de très bas, et s'accompagne de picotements et de grattements à l'épigastre. La toux semble plutôt due à de l'inflammation des grosses bronches qu'a celle des petites. Le malade est souvent obligé lorsqu'il tousse de porter la main en un point de la poitrine qui lui fait mal. Les douleurs de côté sont souvent assez fortes pour empêcher de respirer. La toux est aggravée en passant de l'air frais dans une pièce chaude. L'expectoration peu abondante peut

être striée de sang. Lorsque, dans les mêmes conditions, l'expectoration devient abondante et muco-purulente, il faut donner pulsatilla. Si cette expectoration abondante s'accompagne de nausées ou de vomissements, il faut donner ipéca.

Phosphorus. — Convient aux cas subaigus et qui traînent, chez les personnes languissantes ou tuberculeuses. La toux est sévère et s'accompagne de constriction de la poitrine. Il y a des démangeaisons dans le larynx. La toux est pire à l'air et vers minuit. Phosphorus convient aux toux réflexes chez les personnes nerveuses.

Eupatorium perfoliatium. — Ses caractéristiques sont des douleurs de brisure dans tous les membres et dans le dos, une toux rude, violente, âpre qui force le malade à appuyer sur ses côtés quand il tousse. Convient bien aussi à la grippe.

Hepar sulph calcarea. — Toux fatigante et bruyante qui s'accompagne de beaucoup de râles humides. Toux pire en mangeant et le matin, lorsqu'on s'expose à l'air. N'est indiqué que lorsque la toux commence à devenir grasse. La toux s'accompagne de retard dans la résolution de la maladie. Dans le croup, il convient lorsque la constriction de la gorge commence à céder la place à une toux un peu plus facile. On l'emploiera après aconit et spongia et s'il échoue on donnera bromum.

Pulsatillé. — Toux grasse, expectoration facile d'un mucus épais et jaune. Toux aggravée par la chaleur de la chambre. Ne convient pas beaucoup aux cas chroniques, mais particulièrement à la bronchite consécutive à la rougeole.

Kali bichromicum. — Sa grande indication est le caractère visqueux, tenace et glutineux de l'expectoration qui

forme souvent des filaments. Laryngite chronique et bronchite subaiguë.

Hyosciamus.—Toux sèche, plus violente la nuit et étant couché sur le dos, améliorée en s'asseyant, ou bien toux spasmodique avec rougeur de la face et vomissement de mucosités. Toux excitée par le frottememt de la luette sur la racine de la langue.

Antimonium iodatum. —Paroxysmes de toux, surtout le matin ou au milieu de la nuit avec expectoration blanche ou muco-purulente, perte des forces et de l'appétit; sueurs nocturnes. Fièvre; conjonctives un peu ictérique.

Arsenicum album. — Expectoration de mucus corrosif, toux très fatigante avec violente dyspnée vers minuit, toux aggravée en buvant et par l'air froid. Palpitation, douleurs rhumatismales. Le malade est irritable et asthénique.

Arsenicum iodatum. — Catarrhe avec toutes les sécrétions présentant un caractère irritant très particulier et très tenace.

Senega. — Ressemble un peu à bryonia. Bronchite des vieillards avec une toux irritante et très ébranlante. Les expectorations sont visqueuses, il y a des places douloureuses dans la poitrine.

Stieta pulmonaria. — Toux sèche, harassante. Chatouillements dans le larynx et les bronches. Douleurs d'éclatement dans le front et au-dessus du nez. Catarrhe des voies respiratoires s'accompagnant de douleurs rhumatoïdes dans les doigts, les orteils, les bras et les jambes.

Squilla. — Toux chronique ou subaiguë très tenace, expectoration muco-purulente ou transparente très facile à un moment, très difficile à un autre. S'accompagne généralement de pleurésie sèche.

Ipéca et antimonium tartaricum. — Ce sont les meilleurs remèdes de la bronchite capillaire. Ils ont tous les deux des râles fins dans toute la poitrine, de la difficulté de respiration, des vomissements et de la cyanose. Sous ipéca, il y a des vomissements faciles de mucosités qui sont d'abord passées des bronches dans l'estomac si on a affaire à un enfant. Avec ipéca, généralement, les forces se maintiennent et la réaction commence avant que la dépression ne soit devenue trop forte. Sous antimonium tartaricum, la faculté de tousser diminue, les vomissements deviennent difficiles par suite de la faiblesse, les poumons se remplissent de mucosités, la respiration s'accélère, il y a menace de suffocation et d'étouffement.

Le malade à antimonium tartaricum a une puissance de réaction très faible ; au contraire, chez le malade d'ipéca cette réaction est bonne.

Mercurium solubilis. — Sueur visqueuse, qui ne soulage pas, alternant avec des frissons, écoulement de mucosités verdâtres et épaisses par suite de l'inflammation de tous les conduits respiratoires, enrouement, langue épaisse et jaunâtre, désir de boissons froides qui aggravent la toux.

Rumex crispus. — Toux irritante, qui est excitée par la moindre irrégularité de la respiration, pire étant couché. Le malade ramène les couvertures par dessus sa tête ou en marchant se couvre instinctivement la bouche pour se préserver de l'air frais. Chatouillement derrière le sternum.

Sanguinaria. — Démangeaison et brûlure dans la gorge et la poitrine, surtout derrière le sternum. L'expectoration est nacrée, épaisse et jaunâtre. L'inflammation des bronches s'arrête brusquement pour faire place à de la diarrhée. (*Medical Century*). Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

Consolidation de fractures par la médication thyroïdienne.

M. Potherat fait à la Société de chirurgie un rapport sur deux observations adressées par M. Tronchet (de la Rochelle) : dans la première, il s'agissait d'une fracture comminutive de la jambe, que, ni l'immobilisation dans les appareils plâtrés, ni le massage n'étaient parvenus à consolider après quatre-vingts jours. Or, la consolidation a été obtenue après quelques jours, pendant lesquels le malade a été soumis à une dose quotidienne de 0 gr. 50 de thyroïdine.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture de côte, non encore consolidée après trente-cinq jours de traitement ordinaire. En dix jours, la consolidation a été obtenue par la thyroïdine, mais le onzième jour, le malade a eu une hémorrhagie cérébrale. Est-ce une simple coïncidence ou la thyroïdine peut-elle en être responsable ?

MM. Quénu, Reclus et Follet (de Lille) ont publié des cas analogues (*Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1899).

Traitement de la pleurésie séreuse par l'injection de bleu de méthylène dans la cavité pleurale.

M. le Dr Ch. H. Lewis, médecin du Columbus Hospital à New-York, a pu se convaincre que chez les sujets atteints de pleurésie séreuse l'introduction d'une certaine quantité de bleu de méthylène dans la cavité de la plèvre a pour effet d'amener une résorption rapide de l'épanche-

ment, sans que celui-ci se reproduise, comme le fait s'observe fréquemment après la simple thoracentèse.

Le procédé employé par notre confrère consiste à extraire au moyen d'une ponction 100 cc. de sérosité pleurale, à dissoudre dans ce liquide 1 gramme de bleu de méthylène et à réinjecter dans la cavité pleurale la solution ainsi obtenue. A la suite de cette intervention, le malade commence bientôt à éliminer en abondance des urines verdâtres, et l'exsudat ne tarde pas à disparaître. Ce résultat (qui serait dû aux propriétés diurétiques du bleu de méthylène ainsi qu'à son action stimulante sur les parois de la plèvre) a été obtenu en une moyenne de treize jours dans les 20 cas où M. Lewis a eu l'occasion d'appliquer le traitement en question.

La présence dans la cavité pleurale du bleu de méthylène dissous dans du sérum serait toujours bien supportée, à l'encontre de ce qui se produit lorsqu'on injecte cette même substance en solution aqueuse qui, comme notre confrère l'a constaté, provoque des douleurs et irrite la plèvre. (*Semaine médicale*, 17 janvier).

Administration par la voie rectale du salicylate double de soude et de théobromine contre l'hydropisie cardiaque.

On sait que dans les cas de lésions organiques du cœur où, par suite d'un affaiblissement trop considérable du myocarde, la digitale se montre impuissante à dissiper les œdèmes, ces derniers disparaissent parfois sous l'influence du salicylate double de soude et de théobromine qui provoque une diurèse abondante en stimulant directement les reins. D'après l'expérience de M. le professeur A. Drasche, médecin-chef à l'hôpital général de Vienne, pour

obtenir le maximum de cet effet diurétique, il faut administrer le salicylate double de soude et de théobromine non par la bouche, comme on le fait d'habitude, mais en lavement et à la dose de 3 à 4 grammes. On déterminerait de la sorte, au bout de quelques heures, une augmentation considérable de la quantité des urines.

Pour préparer ces lavements, il importe de se souvenir que le salicylate double de soude et de théobromine, insoluble dans l'eau froide, se dissout dans l'eau chaude et reste en solution même après le refroidissement du liquide. (*Semaine médicale*, 17 janvier).

VARIÉTÉS

ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

19e et dernière liste de souscription.

La Société homœopathique mexicaine, à Mexico	329	60
Mme l'amirale Touchard	20	»
Anonyme	7	»
Irma Alaix	2	»

Envoi de l'Allgemeine homœop. Zeitung.

Dr Kirnler, Weingarten, 5 marks	6	25
Dr Stiegele, sen, Stuttgart, 40 marks	50	»

Souscriptions envoyées par M. Emil Karcher, président de l'Association homœopathique, à Leipzig.

MM. Max Mahler, friedrichstal Marks. .	1	»
H. Suss. Zweesten.	1	»
F. Rauer. Budapest.	5	45
Dr Belisario Pedro. Lima.	10	»
Dr Jacob Rettig. Jassy.	20	»
Dr Julio Convers. Bogota.	6	50
Homoopatischer Verein Stettin. . .	50	»
— — Barmen . .	6	»
— — Leipzig. . .	20	»
— — Marsenberg	10	»
— — Annaberg. .	5	»
— — Buchholz. .	5	»
— — Dresden . .	5	»
— — Hartha. . .	3	»
Landesverein für homœopathie in Kœnigreiche Sachsen.	72	»
Homœopat. Verein. Klein = Bothen. .	5	»
Carl Apelt (Hom. Verein) Gross Schœnau.	5	»
Marks. . . .	229	95

Francs.	287	70
Listes précédentes. . . .	17.424	40
Total. . . .	18.126	95

L'inauguration du monument de Hahnemann aura lieu au moment du Congrès international de 1900, du 18 au 21 juillet.

Liste supplémentaire comprenant de nouveaux souscripteurs russes et un certain nombre dont les souscriptions comptent dans le total ci-dessus.

	Roubles	
La Société d'homœopathie à Charkow	25	»
La Société d'homœopathie à Vilna	25	»
Drs Léon de Brasol, Saint-Pétersbourg	100	»
Brandt, —	5	»
E. O. Gabrilovitch, —	5	»
N. E. Gabrilovitch, —	5	»
Guénik, —	5	»
Dittmann, —	5	»
Zarïanow, —	5	»
Ripke, —	5	»
Laur, —	5	»
Flemming, —	5	»
Drs Frenkel, Saint-Pétersbourg	3	»
Krutulevsky, —	3	»
Klingelhoefer, —	5	»
Zèle, —	5	»
Westberg, —	3	»
P.-V. Solovïew, —	5	»
V.-V. Solovïew, —	5	»
Sidorenko, —	5	»
Rudinsky, —	3	»
N. Bojanus, Moscou	5	»
Chtrupp, —	5	»
Trichatny. —	5	»
Nadejdin, Kiew	5	»
Dïukow, Charkow	2	»
Zive, Lodz	3	»
Prince Cantacouzène, Saint-Pétersbourg	25	»
Comtesse Ignatiew, —	15	»
Mlles O. et S. Volkow, —	25	»
Mme Mordvinow, —	25	»
M. N. A. Markovitch, —	37	50

Mme Vériguine,	—	....	10	»
M. Maslow,	—	....	10	»
Mme Barinowa,	—	....	5	»
MM. Dovïatto,	—	....	1	»
Abasa,	—	....	3	»
Kuvchinsky, prêtre,	—	....	2	10
B. Heard,	—	....	1	»
Popow,	—	....	3	»
Semenow,	—	....	1	»
B. Pavlovitch,	—	....	5	»
Mme Fedorovsky,	—	....	5	»
MM. Boulubache,	—	....	2	»
Lobkovsky,	—	....	5	»
Roumïantrew,	—	....	3	»
Le général Possiette,	—	....	10	»
Eadeïew,	—	....	5	»
A. Basilevsky,	—	....	5	»
Mme Afanassiew,	—	....	1	»
Mme Zavadsky, Saint-Pétersbourg.		....	1	»
MM. Chtempelin,	—	....	1	»
K. Solovïew, pharmacien, Saint-Pétersbourg.			1	»
Belïavsky, Saint-Pétersbourg.		....	1	»
Mme Issaïew,	—	....	»	50
MM. Gursky,	—	....	»	50
Kurex,	—	....	»	50
Porochine,	—	....	»	50
Medïanow,	—	....	3	»
Berdnikow,	—	....	1	»
Obrastzow,	—	....	1	»
Boutkewitch,	—	....	1	»
E. Vogt, pharmacien, Saint-Pétersbourg. . .			3	»
Kutchinsky, Saint-Pétersbourg.		....	5	»
Erenfeld,	—	....	3	»
Fïacht,	—	....	3	»
Mlle Falkenberg,	—	....	1	»
Mlle Roundaltzew,	—	....	1	»

Mmes Joukovsky, V. M.,	Saint-Pétersbourg. . . .	5	»
Joukovsky, L. M.	—	5	»
Chopin,	—	1	»
Pigoulevsky,	—	1	»
MM. Dendeberin,	—	1	»
Gémotaitis,	—	1	»
Domeïko,	—	3	»
M. Fzibichew,	Saint-Pétersbourg.	1	»
Mme Fchekmarew,	—	2	»
MM. J. Pouchkine-Batchinsky, prêtre	St-Péters.	1	50
Garasimovitch,	Saint-Pétersbourg.	1	»
Prostnew,	—	3	»
Petrow,	—	2	»
A. Sinitzky,	—	1	»
A. Malguinow, prêtre	—	»	20
Hokolenko,	—	3	»
Rodzevitch,	—	»	50
J. Lototzky, prêtre,	—	2	75
Bernatovitch,	—	1	»
Adamovitch,	—	1	»
MM. le Général Korolew,	Saint-Pétersbourg. . . .	3	»
A. Lossievsky, prêtre,	—	1	»
Achmilow,	Saint-Pétersbourg.	1	»
Ostrooumow,	—	»	50
Mmes Roudaxow,	—	»	50
Pechtchourowa,	—	5	»
MM. J. Ptachinsky, prêtre,	—	1	»
Smirnow,	—	1	»
Fouchkine,	—	1	»
Gélobis,	—	1	»
Le général Ivanow,	—	3	»
Varenow,	—	5	»
Fzamutali,	—	3	»
Kabloukow,	—	3	»
Mme Gendre,	—	3	»
MM. Fchistotkine,	—	1	»
Constantinow,	—	1	»
Fominsky,	—	1	»

Petrow, —	1	»
Fihobrasow, —	1	»
Tolstikow, —	1	»
Mlle Soloview, —	1	»
Mme Zavalichine, —	1	»
MM. Rinkevitch, —	3	»
Le Col. Alexandrovsky, —	1	»
A. Stein, —	1	»
Chimming, —	1	»
Maximow, —	1	»
Liubavin, —	5	»
Chamakow, —	1	»
G. D. —	3	»
Mme Reder, Moscou	25	»
Rastorgouïew, Moscou	10	»
Boundschuh, —	5	»
Knobloch, —	5	»
Friedrichson, —	3	»
Wagner, —	3	»
Gratchew, —	1	»
MM. NN. Moscou	»	20
Sirow, —	10	»
Le professeur Baranetzky, Kiew	5	»
Lepkovsky, pharmacien, —	5	»
Le Général Indutny, —	3	»
Feliatnikow, Charkow	5	»
Inosemtzew, —	5	»
Lefèvre, —	1	»
Hiérochine, —	1	»
Gnoutchew, —	5	»
Tchetverikow, —	1	»
Below, —	1	»
Ksendzow, —	1	»
Karamanenko, —	1	»
Drosdrow, —	1	»
Kandibarow, —	1	»
Egorow, —	1	»

Ignatow, A. J. —	3	»
Dosson, —	2	»
Karataïew, —	2	»
Frantzky, pharmacien à Varsovie	10	»
Matthes et Zarïanow, pharmaciens à Vïatka	3	»
Svetchnikow, prêtre, Vïatka	3	»
Lasarew, Rostow	5	»
Warlamow, Taganrog	3	»
Le Colonel Petunin, Vïasma	1	»
Ivanow, —	2	»
Krotkow, Kasan	1	»
Junochew, Ekaterinburg	1	»
Rjanin, Omsk	3	»
Evstafiew, Tchernigow	5	»
Dobrogaïew, —	5	»
A. Vichnevsky, —	2	»
Prezysetzky, Tiflis	5	»
Zissermann, —	2	»
Corsax. —	2	»
M. Zeman, Tiflis	5	»
Mme la princesse Béboutow, Tiflis	2	»
Perodze, —	1	»
NN. —	5	»
Korolkow, —	3	»
Malevsky, Koutaïs	1	»
Lebedew, —	2	»
Zlobin, —	1	»
Religioni, —	1	»
Russio, —	1	»
Akopow, —	1	»
Lavdansk, —	2	»
E. Visman, —	1	»
Verinsky, —	1	»
A. Chwedow, —	2	»
P. Zikow, —	1	»
Rouban, —	1	»
V. Saharow, —	1	»

K. Isak, —	1	»
B. B. —	1	»
Mme Marie Ivachkevitch, Koutaïs	1	»
MM. Léon Kokotchew, —	1	»
Léhovitch, —	1	»
Mme Sophie Doukliak, —	5	»
MM. Barbakadze, —	»	40
Frouchtchow, Perm	2	»
Kiérapolsky, —	3	»
Mmes Leczinsky, Soumy	50	»
la princesse Ouchtomsky, Zalessié	5	»
MM. Korsunovsky, Kamenetz-Podolsk	1	»
Kravtchoux. — —	1	»
Dlojevsky, — —	1	»
Emelianow, — —	1	»
Dobrogirsky, — —	1	»
Koslovsky, — —	1	»
P. Semenow, Rïasan	1	»
Courmoïarow, Prochladnaïa	1	»
O. Sokolow, prêtre, Mentchinkur	2	»
Mme Korolew, Sorotchintzi	2	»
MM. N. Vasiliew, Istobensk	3	»
Chitunasse, Girbutzi	»	50

Total : 860 roubles 55 copecks.

Le montant total de la souscription internationale s'élève à 18.767 fr. 95.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame

L'ART MÉDICAL

MARS 1900

NOSOGRAPHIE

SUR UNE VARIÉTÉ DE CIRRHOSE HYPERTHROPHIQUE BILIAIRE

(Cirrhose de Hayem.)

Nous croyons utile de préciser, sous le titre de cirrhose de Hayem, une variété de cirrhose hypertrophique biliaire que cet observateur décrivit le premier en 1874 (1) : dans son mémoire, M. Hayem publiait deux cas de cette affection. Une troisième observation a été communiquée par nous-même à la Société anatomique l'an dernier (2).

Il importe d'individualiser cette affection que certains auteurs, notamment Schachmann (3), ont eu le grand tort de faire rentrer dans le cadre de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique qui porte, comme on le sait, le nom de cirrhose de Hanot.

Etiologie. — L'âge auquel débute l'affection paraît (comme du reste dans la cirrhose de Hanot) de peu d'importance ; les sujets qui ont fait l'objet des diverses publications avaient un âge oscillant entre 37 et 60 ans.

(1) Cont. à l'ét. de l'hépat. interst. chron. avec hypertr. (*Arch. de physiol.*, janv. 1874, p. 126).

(2) Lefas : Cirrh. hyp. sans ictère d'orig. biliaire, etc. (*Soc. Anat.*, juin 1897).

(3) *Th. Paris*, 1887.

Le sexe masculin est le seul qui figure dans les observations. L'absence d'alcoolisme a été noté dans tous les cas.

Anatomie pathologique. — Le *foie* présente un poids variant entre 2.000 et 4.000 grammes : c'est dire qu'il est toujours hypertrophié. Il peut présenter ou non à sa surface des membranes de périhépatite ; quoi qu'il en soit, ces dernières étant enlevées, la surface de l'organe est lisse, d'une teinte jaune gris sale ou gris ardoisé, montrant çà et là des *taches* brun-jaunâtres ou verdâtres, arrondies, non saillantes, que l'on retrouve également assez régulièrement disséminées à l'intérieur du parenchyme. La dimension de ces taches varie de celle d'un grain de chenevis à celle d'une pièce de deux francs.

Le foie est dense et résistant à la coupe, de consistance élastique : la coupe est exsangue, *sans apparence lobulaire.*

Les grosses voies et la vésicule biliaires sont intactes.

La *rate* est soit très grosse, soit de volume moyen : elle est toujours atteinte de périsplénite et est ferme à la coupe.

Les autres organes ne présentent rien de bien spécial : les *reins* cependant sont atteints le plus souvent d'un certain degré d'altérations épithéliales, parfois congestionnés.

Au point de vue *histologique*, les lésions du foie se résument ainsi : le parenchyme est irrégulièrement sillonné de travées conjonctives *renfermant de nombreuses cellules embryonnaires*, émanées des espaces porto-biliaires ; il existe toujours un certain degré de *sclérose intertrabéculaire et monocellulaire.* En beaucoup de points *on ne peut reconnaître les veines sus-hépatiques.*

Les canaux biliaires, les vésicules portes et les artères hépatiques sont sains. On peut voir souvent des néo-canalicules biliaires. L'épithélium biliaire est en prolifération et les cellules embryonnaires sont remarquablement nombreuses autour des canaux biliaires.

Pas de dégénérescence graisseuse pigmentaire ou amyloïde. Il existe du *pigment biliaire* dans les nodules correspondant aux taches que nous avons décrites comme visibles à l'œil nu sur le foie. Quelques blocs biliaires peuvent aussi s'observer soit dans les travées de sclérose, soit dans quelques rares cellules avoisinantes.

Les cellules hépatiques sont remarquablement conservées et délimitées; elles paraissent hypertrophiées.

Etude clinique. — Il y a peu de chose à dire de spécial à la cirrhose de Hayem, on peut résumer son histoire clinique dans ce qui suit : le début se fait en parfaite santé apparente; aussi n'est-ce guère qu'au bout de plusieurs années, à la période de cachexie, que les malades se résignent à consulter le médecin. On constate alors l'existence d'un gros foie et dans certains cas d'une rate volumineuse. Rarement il existe de l'ascite due à une poussée de péritonite et le plus souvent curable avec ou sans paracentèse.

Les urines n'ont pas été étudiées d'une façon complète : tout ce que l'on peut affirmer c'est qu'il n'existe pas de sucre; assez souvent en revanche on y trouve un nuage d'albumine. La quantité et la couleur des urines sont normales.

Il resterait à élucider la question de l'urée excrétée, celle de l'existence ou non de glycosurie alimentaire, enfin la présence (probable) d'urobiline.

L'examen des autres viscères est négatif.

On a signalé à certains moments la possibilité de périodes fébriles, la fièvre étant alors vraisemblablement due à une poussée de péritonite en général localisée au niveau du foie ou de la rate et s'acccompagnant de douleurs dans les hypochondres.

La *marche* de l'affection est éminemment chronique; sa *durée* est de deux à six ans environ. Puis le malade se cachectise, l'insuffisance hépatique apparaît, donnant au malade l'aspect d'un urémique avec langue rôtie, anorexie, délire, œdèmes, subictère. On constate alors un bruit de galop (1); on a signalé aussi comme phénomène ultime la parotidite suppurée.

Dans un seul cas, on a vu à un moment donné l'ictère apparaître (2).

Diagnostic. — L'absence d'antécédents alcooliques, syphilitiques ou palustres constitue déjà un ensemble négatif important.

Dans les cas où il existe de l'ictère, le diagnostic avec la *cirrhose de Hanot est absolument impossible*, vu que dans quelque cas de maladie de Hanot on a observé la décoloration des féces.

Dans le cas contraire l'absence d'ictère chronique ne permet pas la discussion.

La caractéristique clinique du *foie cardiaque* est la régression plus ou moins marquée, souvent considérable que subit l'organe sous l'influence du traitement (repos

---

(1) Lefas : *loc. cit.* Les reins présentaient des lésions évidentes de néphrite.

(2) Hayem, *loc. cit.*, obs. II. Il y avait de gros ganglions comprimant le cholédoque au niveau du hile du foie.

diurétiques, lavements froids) : l'examen du cœur et du pouls, l'état général, fourniront de précieux renseignements.

Le *foie palustre* est rarement très gros et s'atrophie parfois à la période ultime. La présence de leucocytes pigmentés dans le sang sera le meilleur signe diagnostique.

Le *foie amyloide* en l'absence de suppuration prolongée et d'antécédents palustres (1) est d'une difficulté diagnostique insurmontable, dans les cas où il n'existe pas d'ascite.

Dans la *cirrhose hypertrophique alcoolique* il existe des stigmates, un état gastro-intestinal peu satisfaisant. L'œdème malléolaire et l'ascite sont pour ainsi dire la règle. Enfin les urines sont rares et laissent dans le vase un sédiment uratique rose brique.

La *cirrhose syphilitique* se caractérise par une hypertrophie inégale du foie avec, parfois, nodosités; il est rare que d'autres accidents tertiaires ne viennent pas éclairer le diagnostic (adénopathies, etc.)

Traitement. — C'est celui de la cirrhose de Hanot : régime lacté intégral ou partiel, purgatifs et antisepsie intestinale.

Le traitement médicamenteux qui s'impose est l'administration de calomel à doses fractionnées.

E. LEFAS.

---

(1) Lefas : *Arch. gén. de méd.*, mars 1900.

ÉTIOLOGIE

EXISTE-T-IL UN MICROBE PATHOGÈNE DU RHUMATISME AIGU?

MM. Oppenheim et Lippmann ont communiqué à la séance du 24 février de la Société de biologie leurs recherches sur le microbe pathogène du rhumatisme. Ils ont trouvé un diplocoque dans le sang des rhumatisants et dans la sérosité d'une pleurésie chez un autre rhumatisant. Ce diplocoque, qui ne se développe que dans les tubes de lait anaérobie leur semble être le microbe du rhumatisme, quoiqu'ils reconnaissent que dans beaucoup de cas ce diplocoque fait défaut.

Il y a là un manque de logique complet. Un microbe pathogène, qui n'est pas constant, ne peut pas être un microbe pathogène.

Il est triste d'être obligé de constater que les bactériologistes, qui pourtant vivent en pleine médecine expérimentale, se laissent si souvent guider par l'esprit de système. Le rhumatisme, je le reconnais, a les caractères d'une maladie infectieuse. Il a une marche cyclique, un début brusque. Souvent, il existe un défaut de proportion entre les affections locales et les symptômes généraux. Voici ce que la clinique nous enseigne. Mais partir de là pour conclure que le rhumatisme est engendré par un microbe spécial, se laisser aller à dire qu'il pourrait bien être contagieux, c'est là l'esprit de système que tous les travailleurs doivent laisser à la porte leur cabinet et leur laboratoire.

L'esprit de système est à proprement parler mélangé si

intimement à l'esprit médical qu'on le retrouve dans toute la tradition. Et c'est là une des causes les plus fécondes des erreurs pathologiques et thérapeutiques. Il est curieux, et j'espère instructif, de rappeler en quelques mots les différentes théories qui ont été données pour *expliquer* la pathogénie du rhumatisme. Elles sont toutes plus absurdes les unes que les autres.

C'est d'abord la théorie humorale qui a la prétention d'expliquer les affections articulaires et les symptômes généraux par la prédominance d'un acide. Et quel acide? M. Garrod a démontré qu'il n'y avait point prédominance d'acide urique dans le rhumatisme. On a alors incriminé l'acide lactique; et un médecin a eu la naïveté de se soumettre à l'usage de l'acide lactique sans avoir pu déterminer chez lui la plus légère douleur, le moindre symptôme rhumatismal. De sorte qu'il faut conclure que si les urines et les sueurs sont acides chez les rhumatisants, c'est un symptôme, un effet de la maladie et non une cause.

2° *Théorie des métastases.* — Celle-ci est la plus forte. Je ne nommerai pas le ou les auteurs d'un système qui suppose que tout rhumatisme commence par une endocardite latente, que ce sont les embolies nées de cette endocardite qui vont créer les arthrites.

3° *Théorie névropathique.* — Dans cette théorie, les affections articulaires seraient sous la dépendance d'une lésion de certains centres nerveux situés vers le bulbe. Cette théorie repose sur la symétrie prétendue des affections articulaires, sur l'extrême douleur, sur les atrophies musculaires.

Remarquons que toutes ces théories qui ont la préten-

tion d'expliquer la pathogénie du rhumatisme, indépendamment de ce qu'elles l'expliquent mal, pèchent par leur origine même. Car, si c'est l'endocardite ou l'encéphalite primitive qui explique les symptômes, qui est-ce qui expliquera l'affection première?

La théorie des microbes présente les mêmes défectuosités. Indépendamment du diplocoque découvert par MM. Oppenheim et Lippmann, les microbes que l'on rencontre le plus souvent dans le rhumatisme sont les staphylocoques dorés et blancs et le streptocoque. Or, il est bon de remarquer que ces deux cocci sont par excellence les agents de la suppuration et que, par un singulier contraste, le rhumatisme articulaire aigu *ne suppure jamais*. Les prétendus rhumatismes suppurés ne sont que des affections de la pyohémie. Donc, le rhumatisme articulaire aigu, qui encore un coup ne suppure jamais, aurait pour microbe pathogène le streptocoque et le staphylocoque, agents constants de suppuration. Ne voit-on pas que ces microbes, nos hôtes habituels et si abondamment répandus sur la peau, sont réduit dans le rhumatisme articulaire aigu au rôle de saprophytes. Concluons avec Charrin « qu'il est malaisé d'accorder sans réserve un rôle pathogène primitif à l'un de ces microbes, puisqu'aucun n'est constant ». (Société de biologie, p. 192.)

P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Acides minéraux forts.

Quoique tous les acides (1), mêmes organiques, aient

(1) Ce mémoire fait partie d'une série d'études sur les médi-

certaines propriétés communes, nous ne nous occuperons que de trois acides minéraux forts formant un groupe bien défini, parce que leurs propriétés sont plus analogues entre elles, qu'ils ne se rapprochent de leurs radicaux respectifs : je veux parler des *acides nitrique, chlorhydrique, sulfurique.*

A l'état de concentration, ces produits exercent sur les tissus une action caustique, destructive, dont le résultat, lorsqu'il n'est pas rapidement mortel, est de produire des cicatrices, des rétrécissements du tube digestif.

Les effets secondaires des doses toxiques nous intéressent davantage, et se retrouvent chez les ouvriers des usines (intoxications professionnelles).

Ils concordent avec les symptômes des petites doses expérimentales sur l'homme sain.

Dilués et introduits dans l'estomac, ils en diminuent les sécrétions acides, mais accroissent la production de la salive, d'où l'utilité des limonades dans les fièvres, puisqu'elles remédient à la sécheresse de la bouche.

Nos acides, même aux plus petites doses, produisent, chez l'homme sain, des stomatites et des angines, quelquefois diphtéritiques, plus souvent ulcéro-membraneuses; de la dyspepsie et de la diarrhée, ainsi que des fluxions hémorroïdales.

Ils sont remarquablement hémorragipares.

Leur influence sur la nutrition n'est pas moins considérable : accident répondant au type scorbutique, éruptions cutanées, adénites multiples, et par-dessus tout prostration considérable des forces, accompagnée d'un

---

caments inorganiques faites par notre regretté collaborateur le Dr Piedvache; nous l'empruntons à la *Revue française d'homœopathie*.

grand abattement moral, de tristesse profonde, et d'abaissement intellectuel, complexus dont la ressemblance avec *l'état adynamique* est parfait. Il n'est donc pas surprenant qu'ils tiennent une des premières places dans le traitement des fièvres graves : ce sont d'ailleurs des polychrestes de premier ordre.

ACIDE AZOTIQUE

Syn. — Nitri acidum ou Nitrum acidum — Acidum nitricum. Acide nitrique. — Esprit de nitre. — Eau forte.

Pharm. — Dilutions : les deux premières à l'eau ; la 1re 1 p. d'acide pur pour p. 99 : la 3e et les suivantes à l'alcool.

Us. emp. — Concentré comme caustique : en limonade dans les fièvres malignes et pétéchiales, le scorbut ; comme diurétique dans les hydropisies ; dans l'ictère chronique et les maladies du foie : la syphilis, la dyspepsie, la maladie de Bright, les dermatoses anciennes.

La pathogénésie de l'acide nitrique a été constituée presque tout entière depuis Hahnemann, avec l'expérimentation des doses infinitésimales. Leurs effets physiologiques concordent parfaitement avec ce que nous savons des suites de l'empoisonnement aigu (ex : diurèse, toux, hémoptisie, salivation, troubles cardiaques), et ce sont ces mêmes doses infinitésimales que nous employons généralement en thérapeutique.

L'action du médicament s'exerce avant tout sur les muqueuses et la peau, mais surtout vers les orifices mucocutanés, dans les endroits aussi où la peau est fine, aux plis articulaires, à la verge. Les lésions qui s'y produisent débutent par des vésicules, des bulles, ou des pustules

impétigineuses, et sont remarquables par deux tendances, à l'ulcération d'abord, aux fissures et aux rhagades, puis aux condylomes, aux verrues, aux végétations.

Les ulcérations ont un contour irrégulier et tendent à gagner en profondeur, au contraire de celles que détermine le *mercure* et qui restent superficielles. Elles sont douloureuses avec ce caractère particulier : comme si des échardes étaient enfoncées dans les tissus. Leur sécrétion est séreuse et excoriante, ou purulente, mais de plus jaune verdâtre et mal liée.

Quant aux végétations, elles affectent volontiers la forme de choux-fleurs mous, fendillés, suintants; d'où les applications à la diathèse épithéliale (comp. *Thuya*, *Lycopodium*, *Silicea*).

Nitri acidum convient aux *chancres mous* et au phagédénisme vénérien; aux accidents primitifs et secondaires de la syphilis.

Comme ressemblance avec les derniers, nous trouvons les plaques muqueuses aux lèvres et à la marge de l'anus, les rhagades anales, les ulcérations et fissures très douloureuses de la langue. L'analogie avec l'action du *mercure* est complète par ce fait que l'acide azotique est un excellent remède des ulcérations mercurielles et peut-être des effets généraux du mercure (comp. *Hepar Sulph.*)

D'autres symptômes de notre acide ne sont guère moins voisins de ceux de *l'Iode*.

A côté de la syphilis nous placerons la *scrofule*, à laquelle l'adaptation de *Nitri Ac.* est déterminée non seulement par le caractère des ulcérations, mais encore par des adénites multiples, la kératite vésiculeuse et ulcéreuse, l'otite purulente (comp. *Calc. Carb.*)

La substance affecte profondément *l'appareil digestif*,

dans toute son étendue. A la bouche, outre les affections ulcéreuses de la langue, c'est la *stomatite pultacée*, *aphteuse*, avec salivation profuse (comp. *Mercur. Iode*), la *stomatite ulcéro-membraneuse*, pour laquelle on a obtenu les meilleurs résultats (basses dilutions), ainsi que dans la *gingivite fongueuse* et la *stomatite mercurielle*.

Vient ensuite *l'angine pultacée*, *l'amygdalite* avec fausses membranes molles (effets thérapeutiques moins bien vérifiés), et une dysphagie constrictive rappelant la boule hystérique ; aussi la paralysie du voile du palais.

Puis nous avons le *pyrosis*, soif violente, et anorexie ; des nausées et des vomissements muqueux et alimentaires, des hématémèses, de fortes coliques et de la tympanite ; des douleurs gastralgiques forçant à se tenir courbé en avant ; de la diarrhée ; selles vertes, profuses, lienthériques, dysentériques, alternant avec la constipation ; selles sanglantes, mélaniques.

Les affections qui, en clinique, ont le plus bénéficié de l'*acide nitrique* sont l'*ulcère de l'estomac* (ulcerum rotondum) principalement à la trentième ; la diarrhée chronique, lorsque les coliques persistent longtemps après les selles ; la diarrhée du matin ; la lienthérie des phtisiques ; la dysenterie rebelle ; douleurs excessives, tenesme intolérable et infructueux ; la *rectite ulcéreuse* consécutive à la dysenterie ; la constipation (selles petites, sèches, brûlures dans le rectum.) (Comp. *iris*, *sulphur*).

Les hémorragies intestinales sont la principale raison de le donner dans la *fièvre typhoïde* (comp. *ac. phosph.*, *Ars.*) ; les autres indications y sont données par les complications pulmonaires, la paralysie menaçante des poumons.

On a de bons résultats avec *Ac. nitr.* dans les *hémorroi-*

des procidentes, saignantes, très douloureuses; dans la *fissure anale*; dans l'*hypertrophie du foie*, aussi bien d'ailleurs avec les hautes dilutions qu'avec la première décimale.

Si nous passons à la muqueuse et aux organes *respiratoires*, nous trouvons le *coryza sec* habituel, et le *coryza chronique*, purulent, ulcéreux, fétide. Dans des cas de ce genre, l'acide azotique a rendu des services : chute des sécrétions dans la gorge, avec sensation d'obstruction du nez et du pharynx.

C'est un des remèdes traditionnels de l'*enrouement* des chanteurs (comp. *Argent*, *Bell*, *Caust.*, *Phos.*); de la *laryngite ulcéreuse*, et de la *phtisie laryngée* : toux quinteuse, fatigante, provoquée par le rire ou les cris, nocturne et plus forte dans la première partie de la nuit, avec sensation de poitrine trop pleine et entourée d'un cercle de fer. La vérification clinique de ces symptômes a été faite dans la pneumonie des vieillards, la dernière période de la phtisie pulmonaire : fièvre hectique, hémoptysie, grande dyspnée et douleurs thoraciques, abondance de crachats purulents verdâtres et sales, diarrhée le matin (comp. *Calc. carb.*, dont la diarrhée prédomine le soir), frissons dans le lit, chaleur par bouffées, palpitations au moindre exercice, pouls intermittent.

On a signalé, dans des autopsies d'empoisonnement par l'eau forte, des lésions d'*endocardite* et d'*endartérite*. L'épreuve clinique nous fait absolument défaut pour apprécier l'utilité possible du médicament dans les affections cardiaques; mais ce qùe nous pouvons affirmer, c'est que l'*intermittence du pouls* est, lorsqu'il s'agit de corroborer d'autres signes indicateurs, une de ses plus importantes caractéristiques.

Il en est une autre aussi qui a sa valeur : l'*odeur forte de l'urine* (comp. : *Ac. benz.*). Une seconde remarque que nous suggèrent les voies urinaires consiste dans l'analogie des effets de notre acide avec ceux des *cantharides* : albuminurie, ténesme vésical pénible, douleurs urétrales violentes, écoulement sanguinolent et purulent par l'urètre; d'où des succès réels dans la période aiguë de la *blennorragie* (comp. : *cannab.*), dans la *cystite aiguë* avec mictions très fréquentes, douleur hypogastrique, hématurie, dans l'*albuminurie* et le *mal de Bright*, quand avec de fortes souffrances dans la région des reins, l'urine est rare et l'haleine fétide. On a cependant observé également la polyurie (néphrite interstitielle).

Nous avons déjà parlé des chancres saignants et douloureux, phagédéniques à la verge. La clinique y ajoute l'herpès préputial, et certaines orchites, encore incomplètement déterminées.

Quant aux organes génitaux de la femme, *Nitri acidum* se présente comme un remède souvent vérifié dans les métrorragies opiniâtres : pression hypogastrique, douleur dans les cuisses, élancements dans le rectum après les garde-robes et grande anémie; encore dans la leucorrhée, liée aux mêmes conditions.

Du côté des organes des sens, on peut revendiquer quelques accès, d'une part dans la *Kératite ulcéreuse*, les *opacités cornéennes* et l'*iritis syphilitique*, de l'autre dans la *dureté de l'ouie*, spécialement due à l'*obstruction de la trompe d'Eustache.*

Pour compléter la physionomie de l'acide nitrique, il est nécessaire d'ajouter : un moral triste et anxieux, l'insomnie nocturne avec agitation, la somnolence diurne, *une céphalée,* comme si les douleurs étaient dans les os et

la tête serrée avec une bande ; des convulsions épileptiformes la nuit et en se mettant au lit ; dans le jour, fréquents *vertiges* dissipés par une course en voiture (vertige épileptique).

Répétons-le une fois pour toutes, avec ce premier médicament : le choix d'un remède est déterminé par le plus de similitude possible ; mais tous les caractères n'ont pas à cet égard leur égale importance, et l'on recherchera par-dessus tout les grandes caractéristiques, lesquelles sont ici : l'émaciation, l'anémie profonde et la chute des forces, les hémorragies, les intermittences du pouls, et l'odeur forte de l'urine, les dermatoses ulcérées ou végétantes, de préférence vers les orifices muco-cutanés.

ACIDE CHLORHYDRIQUE

Syn. — Muriatis acidum. Acidum muriaticum.

Pharm. — Comme pour l'acide azotique.

L'acide chlorhydrique répond plus que les autres à la chute des forces, et à un ensemble de symptômes généraux graves dont l'état typhoïde est le plus parfait : décubitus dorsal, avec agitation, anxiété, inconscience, marmottement continuel — le patient n'a pas la force de tenir la tête levée, dents fuligineuses, haleine fétide, langue sèche, comme paralysée, stupeur, yeux fixes, chute de la mâchoire inférieure, refroidissement des extrémités, selles involontaires, pouls très faible, intermittent.

Nous avons donc un médicament capital de la fièvre typhoïde, et l'acide phosphorique lui est très analogue ; ce dernier cependant donne moins de stupeur, et la torpeur n'est pas invincible ; en outre, la diarrhée de l'acide muriatique est foncée, celle de l'acide phosphorique est

pâle (1). L'acide chlorhydrique a également des indications dans la scarlatine maligne: éruption difficile, incomplète, mêlée de pétéchies et de purpura, mêmes symptômes généraux que tout à l'heure.

Si on le compare à l'acide nitrique, on trouve qu'il est moins hémorragique et que sa tendance à l'ulcération est moins prononcée, mais que les productions diphtéroïdes sont plus marquées. Non moins donc que la scarlatine, l'angine couenneuse maligne pourra le réclamer : il existe en effet plusieurs cas de guérison d'angines graves pharyngo-nasales, avec écoulement fétide par le nez. De tous ses congénères il est le mieux approprié aux lésions scorbutiques de la bouche et à la stomatite mercurielle ; l'usage interne est souvent suffisant, bien que les applications locales de l'acide fumant soient remarquables.

Le *Muriatis acidum* est non moins classique pour les aphtes à la fin des maladies, lorsqu'il existe de la diarrhée. La dyspepsie avec pyrosis est un effet pathogénétique de la drogue, et l'on se souvient que Trousseau, précédé par Wehl, l'employait dans cette affection. C'était bel et bien de l'homœopathie, et encore ici les atténuations se montrent préférables à la pratique de Trousseau, qui donnait I ou II gouttes d'acide dilué.

Sa réputation dans le traitement des hémorroides est conforme à la matière médicale: les succès sont journaliers pour les hémorroïdes douloureuses d'un volume excessif, tendues, avec écoulement muqueux, fétide et excoriant (hém. blanches) ; c'est une indication très sûre, surtout si l'on ajoute que la douleur, en pareil cas, est

(1) *Arsenicum* est le plus voisin ensuite.

aggravée par l'eau froide et soulagée par la chaleur ; il est principalement précieux pour les hémorroïdes de la grossesse.

En ce qui concerne l'appareil urinaire, la diurèse, la dysurie et l'incontinence d'urine sont des effets physiologiques que l'on utilise à l'occasion.

Les organes des sens donnent un symptôme important : l'hémiopie verticale, signe qui se retrouve avec le *Lithium* et le *Lycopode*, tandis que l'*or* produit l'hémiopie horizontale.

Les dilutions basses et moyennes sont les plus usitées, sans descendre au-dessous de la troisième centésimale.

Acide sulfurique.

Les effets dynamiques de l'*acide sulfurique* ont été moins étudiés que sa toxicologie. Celle-ci, cependant, ne nous donne à retenir que ce fait, à savoir que l'on a trouvé, dans les autopsies, de larges caillots noirs et fermes dans les veines iliaques, dans les artères fémorales. Ce que, dans l'action des petites doses diluées, nous connaissons le mieux, c'est l'électivité sur les muqueuses respiratoires et digestives.

Les indications générales diffèrent peu de celles des deux acides précédents, si peu que la distinction en est très difficile. On a cependant donné, comme caractéristiques spéciales : un tremblement étendu à tout le corps ; la sensation, à la peau de la face, d'une couche de blanc d'œuf étendue et desséchée à sa surface ; une remarquable appétence pour les liqueurs fortes, d'où l'application au traitement de la dyspepsie alcoolique : vomissement alimentaires, tolérance pour le seul alcool, augmentation du volume du foie, diarrhée aqueuse, excitation cérébrale,

hémorroïdes volumineuses et brûlantes : ces signes sont à peu près semblables à ceux de *Nux Vomica*, mais à un degré plus avancé.

En dehors de la dyspepsie alcoolique, nous trouvons la dyspepsie vraie, avec vomissements des aliments et des boissons, salivation, sensation d'un morceau dans la gorge, soif ardente : l'indication est bonne pour les vomissements de la grossesse : aggravation par le décubitus sur le côté droit. Il donne un soulagement dans le *cancer de l'estomac*, lorsqu'avec les signes précédents il existe une douleur cuisante au creux épigastrique et que les boissons brûlent au passage.

La diarrhée complète toutes les indications de l'acide sulfurique. Elle est jaune pâle, comme des œufs brouillés, mêlée de mucus et de sang : diarrhée des enfants surtout ; selles fétides ; odeur aigre de tout le corps.

Dans la fièvre typhoïde la distinction avec l'acide phosphorique repose sur le tremblement général, les vomissements décrits, le soulagement par les boissons alcooliques, l'intensité des hémorroïdes ; celle-ci sont infiniment plus marquées qu'avec l'acide muriatique ; le purpura n'est-il pas d'ailleurs, par toutes les écoles, combattu ou moyen de l'acide sulfurique ! hémorragies par toutes les voies, dans les cachexies, les maladies graves et adynamiques.

Dans l'hémoptysie tuberculeuse, c'est à la période cachectique que le remède peut rendre quelques services ; puisque aussi bien je parle des voies respiratoires, remarquons qu'il provoque une toux sèche et âpre, que l'on pourra utiliser pour certains catarrhes secs, persistants, il soulage aussi parfois la toux des phtisiques.

C'est encore un médicament du prurit généralisé sans éruptions, si commun chez les vieillards, (comp. avec *Conium*).

Les basses dilutions sont fort bien tolérées et ordinairement préférées.

Dr H. PIEDVACHE.

LYCOPODIUM CLAVATUM

(*Extrait de la Matière Médicale Clinique de Farrington*).

Lycopodium clavatum
- 1 Constitution
- 2 Sang
  - *a* Fièvres
  - *b* éruptions, pouls
  - *c* varices
  - *d* fièvre typhoïde
  - *e* scarlatine
  - *f* diphtérie
- 3 Foie
- 4 Hydropisie
- 5 Catarrhes
- 6 Reins

Lycopodium ou l'herbe aux massues a été longtemps employée dans les tours de physique ainsi qu'en pyrotechnie pour produire des éclairs artificiels. Dans les tours de physique, on l'emploie pour mettre sur les mains une espèce d'enduit qui permet ensuite de les plonger dans l'eau et de les en retirer complètement sèches.

Comme médicament, les allopathes le considéraient comme tout à fait inerte et les nourrices l'employaient comme poudre asséchante pour les enfants. Quelques personnes ont constaté le développement de symptômes

très graves à la suite de l'usage de cette poudre, d'autres au contraire l'ont employée pendant des mois et des années et ont déclaré qu'elle était positivement inerte. Pourquoi donc en était-il ainsi? Les cryptogames, contrairement aux autres plantes, ont, au lieu de graines, des spores qui sont quelquefois disposées sur les feuilles comme dans le cas de Lycopodium. Ces spores ont une enveloppe dure, une sorte de coque qui contient une petite quantité de substance huileuse qui est la partie active de la spore. Tant qu'on n'employait que du Lycopodium constitué par des spores non broyées il était inerte, mais lorsqu'elles étaient broyées il devenait actif et son application locale était suivie de symptômes.

Il faut avoir bien soin en préparant Lycopodium de voir à ce que toutes les spores soient bien broyées, nous avons alors en lui un médicament de grande valeur qu'Hahnemann a expérimenté pour nous et dont nous avons presque journellement besoin dans la pratique. J'aime à vanter les propriétés de ce remarquable médicament, car Hahnemann, grâces à sa loi infaillible, l'a tiré de l'usage vulgaire qu'on en faisait comme poudre pour les enfants, et l'a élevé au rang le plus élevé parmi les antipsoriques. Pour bien vous faire comprendre la symptomatologie du médicament, j'ai fait le schéma que vous voyez sur le tableau ci-dessus.

Tout d'abord nous étudierons la constitution, c'est-à-dire le caractère général du médicament. Nous trouvons Lycopodium indiqué le plus souvent chez les personnes émaciées qui ont peu de force musculaire, tout en ayant l'esprit très développé. Ceci se remarque surtout chez les enfants. Il y a prédisposition aux troubles hépatiques et

aussi aux affections des poumons, la face est souvent pâle et blême, les yeux sont enfoncés et cernés d'un bleu foncé. Souvent aussi la face est sillonnée de plis et de rides indiquant une maladie fortement enracinée. La figure présente facilement des afflux de sang et les joues deviennent rouges. Il en est souvent ainsi le soir et après les repas. Quant au tempérament, le malade de Lycopodium est plutôt impatient et irritable, il se met facilement en colère. D'autres fois il y a plutôt de la tristesse et un état larmoyant. Lorsqu'elles sont malades, ces personnes prennent facilement des manières dominatrices et impérieuses, ou bien elle se considèrent comme des personnages de grande importance et ceux qui les entourent comme des sujets sans valeur; aussi donnent-elles des ordres d'une manière véhémente et colère. Quant à la partie intellectuelle de l'esprit nous trouvons toujours de la faiblesse de la mémoire. Ce remède est souvent indiqué lorsqu'il y a des erreurs en parlant, le malade oublie des mots ou des syllabes.

Les modifications que produit Lycopodium dans le sang ne sont pas nombreuses. Dans les états fébriles nous le trouvons quelquefois indiqué par un frisson venant à trois ou quatre heures de l'après-midi, tous les jours ou tous les deux jours; ce frisson est suivi de sueur sans qu'il y ait eu de chaleur, ou bien le cas peut être caractérisé par un frisson venant à cette heure et par un vomissement aigre. Il peut y avoir ou non de la chaleur.

Le pouls de Lycopodium n'est pas très caractéristique. Dans les expérimentations, le pouls est peu changé excepté qu'il est un peu augmenté de fréquence dans la soirée.

Maintenant j'ai à noter les varices des veines. Lycopodium par suite de son action sur le foie tend à produire le gonflement des veines et en particulier de celles qui ont des valvules plus ou moins bien accentuées. Aussi avons-nous des varices caractéristiques de Lycopodium. les varices des jambes surtout de la jambe droite, les varices des organes génitaux; les grandes lèvres sont enflées par suite des varices. Lorsque ce dernier symptôme se produit pendant la grossesse, il réclame Lycopodium. Il en est de même pour les nœvi que vous verrez souvent bien modifiés par Lycopodium.

Ne croyez pas cependant que n'importe quel nœvus puisse être guéri par un médicament, mais c'est de votre devoir de les guérir par des médicaments quand vous le pouvez. Un autre remède qui est d'ailleurs préférable à tout autre et qui a produit des nœvi est *Fluori acidum.*

De même aussi, et dans un ordre de symptômes à peu près semblables, vous trouverez Lycopodium indiqué dans les hémorrhoïdes saignantes, qui contiennent une grande quantité de sang et bien plus grande en réalité qu'on le croirait à en juger d'après le volume des veines dilatées, de même aussi dans les hémorrhoïdes qui ne s'ouvrent pas, mais qui par suite de la résorption partielle de leur contenu restent comme des boules dures et bleuâtres.

Dans les tumeurs érectiles qui ont tantôt du gonflement par suite d'un affux du sang, tantôt une diminution de volume par suite de son retrait, lycopodium peut être utile.

Lycopodium doit avoir quelque effet sur le sang ou sur le système nerveux à cause de son emploi général dans les états typhiques. Ce n'est pas au début de la fièvre typhoïde

qu'il est notre remède, mais lorsque, malgré le traitement, la maladie est arrivée à un point où les symptômes sont très alarmants. Ceux qui nous guideront pour le choix de ce médicament sont les suivants. Il est indiqué dans la fièvre typhoïde régulière vers le quatorzième jour de la fièvre, lorsque le rash qui appartient à la maladie complètement développée ne sort pas et que le malade est plongé dans un état d'inconscience avec délire marmonnant, épluchement des couvertures, ballonnement du ventre avec beaucoup de borborygmes, constipation, soubresauts brusques des membres, incontinence ou rétention d'urine ; si l'urine s'écoule dans le lit, elle laisse un dépôt sableux et rougeâtre sur les draps.

Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux de *Calcarea ostrearum*, ce remède convient également à cet état de la fièvre typhoïde lorsque le rash ne sort pas. Mais Calcarea peut avoir de la diarrhée ou de la constipation, tandis que lypocodium demande toujours la constipation calcarea a plus d'hallucinations. Le malade voit toutes sortes de choses lorsqu'il ferme les yeux, il ne peut pas dormir et bien qu'il puisse avoir toute sa connaissance, il est continuellement effrayé par des choses imaginaires. Dans ces cas, Calcarea fait sortir le rash et tire le malade de cet état précaire.

Nous pouvons trouver Lypocodium indiqué dans des conditions encore plus graves ; lorsque, par suite de la prolongation de températures élevées dans la fièvre typhoïde il y a menace de paralysie du cerveau, il devient un remède important. Le malade est plongé dans la stupeur, les pupilles ne réagissent pas sous l'influence de la lumière et les yeux ressemblent à des yeux de poisson, la mâchoire inférieure reste pendante ; la respiration est

bruyante et gênée par les râles ; on peut entendre les mucosités se déplacer dans la gorge quand l'air pénètre dans les poumons ou qu'il en sort; il y a incontinence d'urine ou suppression des urines. Le pouls est intermittent et rapide. Dans ce cas il faut donner Lycopodium, c'est le seul remède qui puisse encore sauver le malade. Dans ces états typhiques la langue nous donne une indication pour Lycopodium.

Dans la scarlatine, Lycopodium n'est pas indiqué par sa propriété de produire une éruption et une fièvre semblables à celles de la scarlatine. Les cas qui demandent son emploi sont ceux qui n'ont pas une marche normale, mais qui vont vers une issue fatale en raison de la constitution. Vous êtes guidés ici par les symptômes typhiques déjà mentionnés et aussi par un autre symptôme qui les devance et qui vous conduit à Lypocodium longtemps avant l'apparition de ces symptômes sérieux. Je fais allusion à l'état de l'enfant après le sommeil. Il se réveille de mauvaise humeur, est irritable, il repousse les draps avec ses pieds et il frappe tous ceux qui l'entourent. Bien que ce symptôme puisse paraître insignifiant, il ne l'est pas cependant. Il ressemble ici à *Cuprum*, *Belladona*, *Stramonium* et *Zincum*, remèdes qui ont tous le réveil comme si on était effrayé. L'élément irritabilité et l'absence de symptômes caractéristiques d'un autre médicament vous amèneront au choix de Lycopodium.

Nous pouvons faire un autre usage de ce symptôme : quelquefois les enfants ont une maladie appelée gravelle dans laquelle l'urine contient une assez grande quantité d'acide urique pour rendre douloureuse la miction. Ils s'éveillent en criant de douleur et en rejetant tout ce

qu'ils ont sur eux. Ici Lypocodium est indiqué par les symptômes subjectifs et par les symptômes objectifs.

Souvent aussi quand Lypocodium est indiqué dans la fièvre scarlatine vous trouverez l'une ou l'autre parotide enflammée et suppurant. Le meilleur remède de notre matière médicale pour la parotidite qui accompagne la scarlatine est *Rhus tox*, ensuite *Calcarea ostrearum*, puis *Lycopodium*. *Lachesis* n'est indiqué que lorsque l'enflure est pourpre et que le pus n'est pas de bonne nature, mais clair, excoriant et ichoreux.

Il faut penser à Lycopodium dans la diphtérie lorsque les fausses membranes sont plus abondantes sur le côté droit de la gorge avec tendance à s'étendre vers le côté gauche. Il y a envie d'avaler continuelle, arrivant presque jusqu'au spasme de la gorge avec violentes douleurs de piqûres. Le malade est pire en avalant des boissons surtout des boissons froides. Vous trouvez aussi souvent de l'aggravation des symptômes de 4 heures à 8 heures du soir. Généralement, lorsque Lycopodium est le remède soit dans la scarlatine, soit dans la diphtérie le nez est atteint. Le malade ne peut pas respirer par le nez, les amygdales sont très enflées ainsi que la langue, si bien qu'il est obligé d'ouvrir la bouche et de tirer la langue au dehors pour pouvoir respirer. Quelquefois après que vous avez donné *Lachesis* la fausse membrane apparaît à droite, il faut alors lui substituer Lycopodium.

Nous arrivons maintenant à l'action de Lycopodium sur le foie. Il agit très fortement sur cet organe et il y produit de nombreux symptômes. En commençant par la bouche nous trouvons d'abord la langue sale, goût acide ou exceptionnellement putride le matin en se levant ; faim très

grande, arrivant jusqu'à la faim canine; il suffit de quelques bouchées de nourriture pour éprouver une sensation de plénitude, comme si l'on était rempli jusqu'au gosier; cet état est promptement suivi à nouveau de sensation de faim ; détresse de l'estomac *immédiatement* après avoir mangé et *non pas un peu de temps après* comme pour *Nux vomica*; impossibilité de supporter la pression des vêtements à la taille comme pour *Lachesis*, mais Lycopodium se distingue de Lachésis en ce que ce dernier a cette sensation d'une manière continuelle, tandis que Lycopodium ne l'a qu'après le repas. La région du foie est très sensible au toucher. Quelquefois il y a une sensation de tension en cet endroit et ceci est un symptôme subjectif qui vous amène à choisir Lycopodium dans l'hépatite chronique quand des abcès se sont formés. Le diaphragme peut être affecté dans cet état. Il y a sensation d'une corde serrée à la taille et une grande accumulation de gaz. C'est probablement la raison pour laquelle une petite quantité de nourriture suffit à contenter le malade. Cette flatulence tend plutôt à s'échapper par en haut que par en bas ; grondements de gaz dans l'angle splénique du colon avec distension de cette partie du gros intestin (*Momordica* a aussi ce symptôme). Il y a une grande fermentation dans l'intestin et elle est suivie de l'émission de vents et même de diarrhée. Généralement il y a de la constipation, mais avec besoins infructueux d'aller à la selle. Après la selle on a la sensation d'avoir encore beaucoup de matières à expulser.

Maintenant si ces symptomes s'accompagnent d'ascite, ils vous amèneront à choisir Lycopodium dans la maladie connue sous le nom de cirrhose du foie.

Pour ces symptômes gastriques et hépatiques lycopo-

dium a beaucoup d'analogues et parmi eux *Nux vomica* Nux s'en distingue par ce qui suit : bien que *nux vomica* ait le goût acide dans la bouche, l'aggravation du matin et la plénitude après avoir mangé la détresse immédiate est moins marquée qui sous lycopodium. Dans l'accumulation de gaz des deux remèdes, Nux a plus de pression vers le bas, ce qui lui donne de fréquents besoins d'aller à la selle et de la pression sur la vessie. Les deux remèdes ont beaucoup de constipation avec des besoins infructueux d'aller à la selle. La différence entre eux est que Nux vomica a ce besoin sans résultat par suite de son action par accès, tandis que sous lycopodium il est dû à la contraction du sphincter anal. *Sulphur* lui ressemble aussi dans l'accumulation des gaz et sans le goût acide et amer, mais la place caractéristique pour l'accumulation des gaz sous sulphur est l'angle sigmoïde et le malade le rapporte à l'aine gauche. *Raphanus* doit venir aussi à l'esprit dans le cas d'accumulation et de rétention des vents. Le Dr James B. Bell du Maine un de nos plus éminents chirurgiens, faisait une opération sur l'abdomen. Le malade était très ballonné et il ne faisait aucun vent, bien que son intestin fonctionnât. Ce symptôme se trouve sous Raphanus, le Dr Bell donna ce remède et le malade guérit.

Nous arrivons maintenant aux hydropisies guérissables par Lycopodium. Nous trouvons ce remède indiqué dans les hydropisies, surtout de la moitié inférieure du corps. La partie supérieure du corps est émaciée, les muscles des bras et de la poitrine sont atrophiés, le ventre est distendu, les jambes enflées et couvertes d'ulcères qui laissent écouler continuellement de la sérosité. Il y a trois remèdes que l'on peut donner lorsqu'il s'écoule de la sérosite par les

jambes dans l'hydropisie ce sont : *Rhus tox* Lycopodium et *arsenicum*. La cause d'hydropisie qui indique Lycopodium est une maladie du foie ; on l'a employé aussi avec succès dans l'hydropéricarde, dans les maladies de cœur après l'échec d'arsenic.

Nous trouvons maintenant les catarrhes de Lycopodium. Il faut songer à Lycopodium dans le catarrhe qui affecte les muqueuses surtout quand le nez est obstrué et que l'enfant ne peut respirer. L'enfant s'éveille en se frottant le nez.

Vous pouvez aussi y penser dans le catarrhe bronchique, que ce soit les grosses bronches ou les petites qui soient atteintes, quand il y a beaucoup de mucosités ce qu'indiquent les râles, la respiration bruyante, la toux et la dyspnée.

On peut aussi le donner dans la fièvre hectique avec suppuration dans les poumons surtout quand le poumon droit est plus malade que le gauche.

Il est utile dans la pneumonie lorsque l'hépatisation est tellement étendue que le malade a beaucoup de difficulté à respirer et qu'il y a alternativement contraction et dilatation des ailes du nez. On peut aussi l'employer dans la pneumonie typhique lorsque les symptômes concordent avec ce remède et aussi pour les suites d'une pneumonie mal traitée, surtout s'il y a menace de suppuration des poumons.

Dans les maladies des reins nous trouvons Lycopodium indiqué pour un trouble auquel j'ai déjà fait allusion c'est-à-dire la présence de l'acide urique dans l'urine et aussi dans la colique néphrétique du côté droit.

Il y a un symptôme de Lycopodium que je voudrais ajouter maintenant, symptôme qui n'est pas rare dans la fièvre typhoïde la pneumonie et la scarlatine, c'est le froid à un pied, tandis que l'autre est chaud ou même très chaud, ce symptôme peut sembler insignifiant sur le papier mais je puis vous assurer qu'il a une valeur inestimable dans la pratique.

Lycopodium est complémentaire de *Lachésis*.

Traduit par le D[r] G. NIMIER.

PATHOGÉNÉSIE DE LA COCAÏNE.

IV. — *Applications thérapeutiques.*

Nous pouvons chercher chez les malades à produire l'effet physiologique de la cocaïne, ou nous pouvons l'administrer suivant la loi de similitude ; il y a là deux modes d'application absolument dissemblables et comme doses et comme indications. Dans le premier cas, on emploie des doses appréciables assez fortes et on a en général une *action palliative* ; dans le second cas, on emploie des doses faibles ou infinitésimales et on doit obtenir une *action curative*.

I. — *Action palliative.* — L'action palliative de la cocaïne peut s'exercer de trois manières : sur les muqueuses, par la voie hypodermique et en injection intra-rachidienne.

a) Sur les muqueuses. — Les oculistes ont tiré des instillations de la cocaïne sur la conjonctive de très grands avantages ; ils insensibilisent complètement la conjonctive, la cornée et peuvent ainsi pratiquer sur

l'œil un grand nombre d'opérations (ablation de corps étrangers, iridectomie, cataracte, etc.), sans recourir à l'anesthésie générale. Ils emploient le collyre suivant :

Cocaïne.	0,50
Eau stérilisée.	10 gr.

dont ils instillent gouttes dans l'œil, il faut attendre dix minutes pour la production de l'anesthésie.

On peut anesthésier ainsi la muqueuse nasale et la muqueuse laryngée pour pratiquer aussi de petites opérations (ablation de polype, résection de la muqueuse nasale hypertrophiée, etc.). On se sert en général d'une solution forte :

Cocaïne.	1 gr.
Eau stérilisée. . . .	24 —

b) Voie hypodermique. — Pour l'ablation d'une petite tumeur, pour l'arrachement d'une dent, en un mot pour une petite opération on peut injecter sous la peau, autour de la tumeur à enlever ou dans l'épaisseur de la gencive, 1 ou 2 grammes de la solution suivante :

Cocaïne.	1 gr.
Eaux stérilisée. . . .	100 —

c) *Injection intra-rachidienne.*

Bier a injecté du chlorhydrate de cocaïne dans le canal rachidien de 6 malades atteints de lésions chirurgicales diverses et a pu, après cette injection, effectuer sur les membres inférieurs sans la moindre douleur des résections osseuses, ainsi que l'évidement de foyers ostéo-tuberculeux.

Voici sa manière de procéder : il insensibilise d'abord les parties molles par des injections intra-dermiques de

cocaïne, puis il pratique une ponction lombaire à l'aide d'une canule fine. Cette canule une fois engagée dans la cavité rachidienne, on enlevait l'obturateur, on bouchait immédiatement l'orifice de l'instrument avec le doigt afin d'empêcher autant que possible l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, puis au moyen d'une seringue de Pravaz, s'adaptant exactement à la canule, on injectait de 5 à 15 milligrammes de cocaïne dans le canal rachidien.

Cinq à huit minutes après l'injection, on voyait se produire une analgésie complète des membres inférieurs, gagnant plus ou moins sur le tronc ; cette analgésie durant environ trois quarts d'heure.

II. — *Actions curative ou homœopathique.* — Cette partie de l'emploi thérapeutique est une chose nouvelle et à expérimenter. Nous allons passer en revue les diverses maladies et les divers symptômes qui peuvent être traités par la cocaïne, en appliquant les connaissances que nous avons de son action sur l'homme sain. L'expérience clinique seule pourra nous dire si la cocaïne employée d'après la loi homœopathique sera un médicament à conserver dans notre pratique.

Paralysie générale. — Voici les symptômes qui l'indiquent : sensations magnifiques ; il se sent d'une vigueur supérieure, apte à toutes les exercices de force ; il se sent un pouvoir supérieur à tous ; il a un besoin irrésistible de remuer ; il voudrait entreprendre des exploits.

Dilatation pupillaire.

Discours incohérents ; difficulté dans l'émission des mots, faiblesse des jambes ; démarche vacillante.

Neurasthénie, Hystérie. — Un certain nombre de symptômes pouvent se rapporter à ces deux névroses, sensation

de gaîté, d'hilarité, loquacité, hallucinations, excitation ; chez d'autres expérimentateurs, dépression mentale, abattement, faiblesse des jambes.

Légers mouvements convulsifs ; attaque épileptiforme.

Vertiges, céphalée.

Cephalalgie et vertiges. — Vertiges avec obscurité de la vue ; sang à la tête ; céphalalgie avec sensation de battements et d'éclatement.

Maladie de Ménière. — Vertiges, bourdonnements d'oreilles, surdité.

Maladie de Basedow. — Tension dans l'œil qui paraît propulsé en avant ; élargissement de la fente palpébrale, avec protrusion de l'œil en avant, regard fixe, augmentation de l'éclat de la conjonctive, absence de clignement des paupières.

Palpitations ; pouls rapide, ordinairement faible.

Tremblements dans les doigts.

Maladie de cœur, asystolie. — Battements du cœur fréquents, petits, très faibles le plus souvent, avec intermittences.

Dyspnée, suffocation.

Chez les animaux, action déprimante sur le cœur, qui diminue de forces et augmente de fréquence, paralysie finale en diastole ou en systole (Les expérimentateurs ne sont pas d'accord).

Diminution de la sécrétion urinaire pouvant aller jusqu'à l'anurie.

Impuissance. — L'impuissance est un symptôme marqué : sensation de froid, de relâchement dans les organes génitaux, comme si le pénis était absent ; faiblesse des organes avec pertes séminales et impuissance.

Crampes des écrivains. — Fourmillements et engour-

dissement dans les mains; fourmillements dans les doigts qui empêche d'écrire.

Insomnie. — L'usage de la cocaïne amène l'insomnie habituelle.

Constipation. — Un expérimentateur a noté une constipation opiniâtre pendant plusieurs jours.

Doses et modes d'administration. — Là encore, nous n'avons pas d'expériences personnelles; dans les quelques cas où nous avons employé la cocaïne nous avons donné la 3e dilution décimale.

Dr MARC JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

LÉSIONS DÉTERMINÉES PAR L'IODE CHEZ LES ANIMAUX

(*Travail du laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques*).

Il existe de très nombreux travaux sur l'action de l'iode et des iodures. Malheureusement, ces travaux manquent de précision et affirment des conclusions contradictoires. L'iode augmente-t-elle la pression artérielle ou la diminue-t-elle? Ou peut-être mieux, a-t-elle ces deux actions alternantes? Les nombreux symptômes décrits par Rilliet sous le nom d'*iodisme* sont-ils dus réellement à l'action de l'iode, ou doit-on les regarder comme des phénomènes pathologiques développés chez les goitreux? Ces questions sont pleines d'intérêt et d'applications pratiques. Et cependant, nous n'en avons pas abordé la solution parce qu'elles demandent un outillage et une technique qui nous font défaut jusqu'à pré-

sent. Nos recherches ont porté sur des points beaucoup plus faciles à étudier : la production de lésions déterminées par l'iode.

Un lapin et deux cobayes ont servi à ces expériences. L'iode a été introduite, par injection sous-cutanée, à la dose de 5 milligrammes chaque fois. Les injections ont été pratiquées tous les deux jours. La préparation employée a été l'huile iodée au 200e. Cette préparation est très toxique pour ces animaux. Un cobaye est mort vingt-quatre heures après la première injection; le lapin vingt-quatre heures après la seconde. Le second cobaye a résisté plus longtemps. Il n'a succombé que trois jours après la 4e injection; et encore avions-nous pris soin de ne pratiquer cette 4e injection que quatre jours après la 3e.

Tous les animaux ont eu de la fièvre sous l'influence des injections. Les cobayes de 39°5 à 40 et 40°2, et le lapin a atteint 41° après la seconde injection. Les trois animaux en expérience ont eu comme lésion constante une péritonite avec épanchement. Le cobaye qui a succombé vingt-quatre heures après la 1re injection présentait un épanchoment abondant mais incolore dans le péritoine. Le lapin qui a survécu sept jours à la première injection présentait un épanchement considérable d'un liquide sanguinolent; le péritoine pariétal et viscéral tait fortement co loré en rouge.

Chez le cobaye qui a survécu onze jours à la première injection, on trouvait tous les signes d'une péritonite. La cavité péritonéale contenait un liquide abondant dans laquelle flottait des flocons puriformes. Des plaques semblables adhéraient au foie et aux intestins. L'examen histologique démontra que ces fausses membranes étaient formées de leucocytes et de fibrine.

L'examen histologique pratiqué par M. Lefas a permis de constater les lésions suivantes :

Intestins. — La partie supérieure des glandes de l'intestin sont nécrosées et ne se colorent plus.

Foie. — Des lésions de nécrose de même nature existent dans le foie, soit sous forme diffuse, soit en îlots mal limités. Placées près des veines sushépatiques, ces lésions rappellent un peu celles que nous avons décrites précédemment chez le lapin soumis aux injections de sérum d'anguille. Les cellules endothéliales des veines-portes et des artérioles sont desquamées.

Les gros canaux biliaires présentent des infiltrations embryonnaires sous la muqueuse, avec desquamation des cellules épithéliales. Les canaux biliaires sont sains. Il y a quelques canalicules biliaires de nouvelles formation.

Il existe une congestion des veines sus-hépatiques et des capillaires intercellulaires. On constate quelques petites hémorrhagies.

Rein. — Les glomérules sont en voie d'atrophie par suite d'un processus mixte de congestion et de glomérulite subaiguë. Les cellules des tubes contournés offrent une altération granulo-vacuolaire avec points nécrosés représentant également un processus inflammatoire subaigu.

Poumon. — Les congestions avec petites hémorrhagies nombreuses dominent dans le parenchyme pulmonaire. Les bronches sont le siège d'une desquamation simple de leur épithélium.

Que peut-on conclure de ces expérimentations encore très restreintes ? C'est d'abord l'action phlogogène de l'iode sur le péritoine, action qui a été jusqu'à la formation de fausses membranes et de pus quand l'animal a survécu assez longtemps.

C'est ensuite des signes évidents d'une inflammation subaiguë du rein, lésion qui est en rapport avec l'albuminurie produite par l'iode. Ce sont enfin les lésions du foie non encore suffisamment étudiées, mais qui présentent un grand caractère d'analogie avec des lésions dues à des toxines.

C'est enfin un état fébrile lié à l'action toxique de l'iode.

D[r] P. JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

L'ovaire, comme un grand nombre de glandes du corps, a une sécrétion interne qui, versée directement dans le sang, a une action nécessaire à l'économie. En nous servant d'un travail de P. Mossé (1) nous allons passer en revue les différents côtés de la question de l'opothérapie ovarienne.

I. *Action du suc ovarien.* — L'ablation des ovaires aurait une influence sur la quantité de l'acide phosphorique éliminé par les urines et sur la quantité des autres matières extractives de l'urine ; cependant les expérimentateurs ne sont pas d'accord sur cette action ; pendant que Curatulo et Taruli signalent une diminution dans la quantité de l'acide phosphorique éliminé, P. Mossé et Oulié ont régulièrement observé chez les animaux soumis à une double ovariotomie une augmentation sensible de l'acide

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 7 octobre 1899.

phosphorique et des matières extractives réductrices urinaires; cette augmentation diminuait et on observait le retour à la normale en faisant ingérer des ovaires crus aux chiennes châtrées.

Ferré et Bestion ont constaté que l'ingestion de suc ovarien (au-dessus de 4 p. 100 du poids de l'animal) pouvait provoquer des accidents graves, marqués surtout chez les animaux mâles et chez les femelles pleines, sur lesquelles il produit un effet abortif.

M. Livon a vu l'injection intra-veineuse d'extrait ovarien provoquer une chute manifeste de la pression sanguine, effet analogue à celui qui suit les injections de suc testiculaire ; il classe donc ces deux organes dans la catégorie des glandes hypotensives. Par contre, le professeur Féderoff aurait obtenu par l'injection d'extrait ovarien à des lapins une augmentation de la pression sanguine avec ralentissement du cœur.

Pour le Dr Prenant (de Nancy) le siège de la sécrétion interne de l'ovaire serait le corps jaune, qu'il considère comme un véritable organe glandulaire.

Greffes de l'ovaire. — Les greffes de l'ovaire faisant disparaître les maladies causées par la castration prouvent bien la réalité de la sécrétion interne de l'ovaire et de son action.

Les premières greffes de l'ovaire paraissent avoir été pratiquées par Knauer, qui choisit comme animaux d'expériences, trois lapines. Une de ces lapines fut sacrifiée six mois après l'opération, et l'examen histologique démontra alors que l'ovaire avait continué à fonctionner, puisqu'il y avait de récentes hémorragies folliculaires. L'organe était bien nourri et richement vascularisé. Les

follicules contenaient des ovules aux différentes phases de leur évolution depuis les plus jeunes jusqu'aux plus mûrs. Sur une autre lapine à laquelle il avait transplanté les ovaires, Knauer obtint, seize mois plus tard, une grossesse normale avec mise à bas à la fin de cette grossesse.

M. W. Grigoriew a repris ces expériences sur un plus grand nombre d'animaux et il a vu que l'ovaire, greffé ou transplanté dans un lieu convenable (corne utérine, ligament large, mésentère, replis péritonéaux), subissait d'abord un certain degré d'atrophie, pour reprendre un peu plus tard ses caractères habituels. L'ovaire greffé fonctionne normalement, il donne naissance à des vésicules de Graaff, qui se rompent, laissant à leur place des corps jaunes, tandis que les ovules passant dans les trompes et l'utérus continuent leur évolution, toujours aptes à la fécondation.

R. T. Moriss a effectué la transplantation des ovaires, chez la femme, dans deux cas différents. Dans le premier, il greffa sur la paroi utérine d'une femme de 20 ans, qui n'avait jamais eu ses règles, un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. Les règles apparurent. Dans le second cas, Moriss greffa, chez une femme à laquelle il avait dû enlever les ovaires et les trompes, un fragment d'ovaire à la base d'un oviducte. La femme put devenir enceinte, mais elle avorta avant terme.

Plus récemment Glass a donné l'observation d'un cas de transplantation de l'ovaire d'une femme à une autre qui avait subi une double oophorectomie, et qui pour ce fait éprouvait tous les accidents d'une ménopause anticipée, à 39 ans. L'ovaire transplanté fut emprunté à une femme de 17 ans, qui après un accouchement avait eu des lésions cicatricielles du vagin rendant tout accouchement ulté-

rieur impossible. L'ovaire fut suturé chez la première femme à la place de l'ovaire normal. L'opération réussit et la malade fut réglée deux fois. Les accidents qui avaient nécessité cette intervention disparurent et la malade recouvra une santé parfaite.

II. *Emploi thérapeutique de l'opothérapie ovarienne.* 1° *Troubles de la ménopause.* — Les troubles qui suivent la ménopause physiologique et ceux qui suivent la ménopause artificielle sont très semblables, mais ordinairement plus violents dans la ménopause artificielle et d'autant plus accentués que la femme est plus jeune.

L'opothérapie ovarienne dans les deux cas produit des résultats très favorables.

M. P. Mossé cite une femme ayant cessé d'être réglée à l'âge de 55 ans et conservant encore trois ans après cette époque divers troubles (suffocations, céphalalgie, bouffées de chaleur, efflorescences cutanées, eczéma, excitation nerveuse, insomnie) ; chez cette malade, l'opothérapie ovarienne prescrite à petite dose est restée sans effet, a produit une amélioration à dose moyenne et a déterminé la guérison avec des doses fortes. L'effet de la glande fraîche a été très supérieur à celui produit par la glande sèche.

Le professeur Mossé a obtenu un résultat remarquable avec la glande fraîche chez une femme de 48 ans qui présentait, en dehors des troubles nerveux, un exzéma rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires.

Dans la ménopause artificielle, Jacobs publie la statistique suivante : sur 244 femmes ayant subi des mutilations plus ou moins graves des organes génitaux, le vin oophoriné a donné 116 guérisons définitives, 48 guérisons passagères, 61 améliorations, 19 insuccès.

M. P. Mossé cite 41 observations avec 6 guérisons, complètes, 25 améliorations rapides, marquées et persistantes, 5 améliorations passagères et 5 insuccès.

Nous avons eu, il y a deux ans, l'occasion d'employer le même traitement chez une de nos clientes ayant subi l'ablation de l'utérus et des annexes pour corps fibreux. Le succès de l'extrait ovarien a été complet et rapide ; il faut ajouter cependant que la dame en question était d'âge à approcher de la ménopause naturelle.

2° *Aménorrhée.* — L'aménorrhée peut se montrer chez des femmes ayant déjà été réglées, ou exister chez des jeunes filles non encore réglées.

Dans le premier cas, le traitement ovarien se montrerait assez efficace ; il serait souvent suivi d'insuccès dans le second.

M. P. Mossé rapporte plusieurs observations en rapport avec ces deux conditions.

Une jeune fille de 16 ans présenta, à la suite d'une chorée, une longue période aménorrhéique, avec hémorragies nasales mensuelles; l'opothérapie ovarienne sous forme de glandes fraîches détermina le retour complet et régulier des époques avec disparition des hémorrhagies supplémentaires.

Une femme de 36 ans, névropathe à un haut degré, aménorrhéique depuis six mois, présentait tous les mois des phénomènes pénibles de molimen cataménial; la poudre d'ovaire amena en moins de dix jours une légère hémorrhagie génitale avec disparition de tous les phénomènes douloureux.

Une jeune fille de 16 ans, non encore réglée, mais présentant tous les attributs de la puberté a ingéré, sans effet,

pendant l'espace d'un mois 358 ovaires de brebis (295 gr. en poids).

Une malade de 27 ans, n'ayant jamais été réglée, fut soumise, pendant deux semaines, à l'opothérapie ovarienne à très hautes doses (65 grammes par jour de glandes fraîches) sans aucun résultat.

Il nous semble que ces deux observations ne sont pas très concluantes ; que le traitement aurait dû être continué plus longtemps naturellement à doses un peu moins fortes.

3° *Ménorrhagies.* — L'action du suc ovarien dans les ménorrhagies, principalement dans celles qui sont symptomatiques des corps fibreux est une action différente de celle que l'on recherche dans l'aménorrhée et la ménopause ; c'est une action homœopathique que l'on a en vue et c'est à des doses faibles et infinitésimales qu'il y a lieu de recourir.

Je n'ai encore que deux observations de ce traitement et je dois avouer qu'elles ne sont pas très concluantes, car il s'agissait dans les deux cas de femmes approchant de l'âge où la ménopause physiologique pouvait s'établir naturellement.

Cependant, depuis le traitement par le suc ovarien à la 6e dilution, c'est-à-dire depuis près de six mois, les époques n'ont pas cessé complètement, mais elles sont devenues faibles d'extrêmement violentes qu'elles étaient avant l'emploi du médicament.

Nous ne citons nos deux cas que pour provoquer des expériences analogues chez nos confrères homœopathes qui auraient à traiter des pertes sous la dépendance de fibromes.

4° *Dysménorrhée.* — M. P. Mossé considère la dysménorrhée comme étant tantôt sous la dépendance d'un trouble, d'une insuffisance de la fonction ovarique, tantôt causée plutôt par un obstable à l'excrétion des menstrues. Dans le premier cas, le traitement opothérapique paraît indiqué.

M. Mossé n'a aucune expérience personnelle dans ce cas, mais il a lû quelques observations de Kleinwachter, Muret et Gomes qui peuvent faire espérer quelques résultats.

5° *Chlorose.* — Les résultats du traitement ovarien dans la chlorose sont très contestables.

Demange a étudié cette méthode à la clinique du professeur Spillmann sur un grand nombre de chlorotiques (une vingtaine environ); chez toutes, il a cru constater l'excellence de l'ovariothérapie, qui a rapidement déterminé chez elles : 1° l'augmentation du nombre des globules rouges et du pouvoir colorant du sang; 2° l'amélioration de l'état général avec augmentation de l'appétit, du poids et des forces; 3° la disparition des troubles menstruels si fréquents dans la chlorose, etc., etc.

Aux résultats si favorables de Demange viennent s'opposer, il est vrai, les reeherches récentes de Schaumann et Willebrand sur la régénération du sang dans la chlorose. D'après ces auteurs, le traitement ovariothérapique n'a déterminé chez elles aucune modification. Par contre, la vieille médication martiale, représentée par le sulfate de fer à la dose de 60 centigrammes à 1 gr. 80 par jour, a amené une rapide amélioration de ces malades. On peut constater chez elles, dès le début du traitement ferrugi-

neux, l'augmentation du nombre des globules rouges (avec accroissement de leur diamètre moyen) et de l'hémoglobine.

Les observations de M. P. Mossé concordent d'ailleurs avec les résultats de Schaumann et Willebrand. Il a traité, dans le service de M. le professeur Mossé, trois jeunes filles, à peu près du même âge et atteintes de chlorose au même degré. La première de ces malades fut traitée par l'opothérapie ovarienne, pendant que la seconde était soumise au traitement martial; puis, à un moment donné, les rôles furent intervertis, de telle sorte que l'on a pu comparer à la fois les résultats de ces deux médications.

L'opothérapie ovarienne, chez toutes les deux (administré sous forme de glande fraîche), n'eut qu'une action des plus incertaines, tandis que l'administration du fer fut rapidement suivie d'une amélioration manifeste de l'état général, coïncidant avec une augmentation du nombre des hématies. Notre troisième jeune fille, atteinte de chlorose rebelle, deux fois améliorée par la médication martiale, fut soumise d'abord au traitement organothérapique (poudre d'ovaire), puis au traitement martial. Chez elle, également, le traitement ferrugineux montra sa supériorité.

6° *Goître exophthalmique.* — L'opothérapie ovarienne réussit très rapidement dans certains cas de cette maladie. M. P. Mossé se demande avec raison si ce n'est pas seulement dans les goîtres exophthalmiques survenant au moment de la ménopause physiologique ou artificielle que la médication est favorable.

Muret, l'un des premiers, en obtint de très bons résul-

tats chez une femme atteinte d'un volumineux fibrome de l'ovaire et présentant à l'état permanent des palpitations, de l'angoisse précordiale, une exophtalmie légère et un gros goître vasculaire. Une amélioration sensible se manifesta après quatorze injections de suc ovarique.

Jayle administra le même traitement à une femme ovariotomisée, qui présentait, au milieu de troubles divers, quelques symptômes de la maladie de Basedow. Le résultat fut parfait.

Jouin améliore, en fort peu de temps, deux femmes atteintes de maladie de Basedow, à l'époque de la ménopause.

Même résultat favorable pour Seeligmann, qui employa les tablettes d'ovarine dans plusieurs cas de maladie de Basedow avec troubles de la menstruation. L'une des malades ainsi traitée avait même subi, sans être améliorée, la thyroïdectomie.

Dalché, dans un cas de goître exophtalmique fruste de la ménopause, constitué par l'hypertrophie du corps thyroïde, l'accélération des battements du cœur et un tremblement vibratoire, obtint, par les capsules d'ovarine, la disparition des palpitations et de l'angoisse.

Delaunay, chez une femme atteinte de maladie de Basedow à l'époque de la ménopause, eut recours à l'ovariothérapie après avoir employé sans succès la thyroïdine. Le résultat fut merveilleux.

M. P. Mossé a eu l'occasion d'employer ce traitement chez une malade atteinte de goître ancien, basedowifié à l'époque de la ménopause. Au bout d'un mois de traitement ovariothérapique (poudre d'ovaires de vache, 121 gr. en tout, correspondant sensiblement à 600 grammes de glandes fraîches), il avait obtenu une amélioration des

plus manifestes. Fait à noter, cette femme avait été antérieurement soumise à la médication thyroïdienne sans résultat.

7° *Ostéomalacie.* — Senator eut recours à ce traitement dans l'ostéomalacie. Cette tentative parut déterminer, sur la malade ainsi traitée, une amélioration assez nette ; mais de nouvelles observations de Bernstein, de Latzko et Schnitzler sont venues nous montrer que l'opothérapie ovarienne, même employée à haute dose et pendant un temps assez prolongé, était aussi peu efficace que la plupart des traitements employés jusqu'ici contre cette redoutable affection.

III. *Mode d'administration et doses.* — Les ovaires peuvent être administré à l'état frais, desséchés et réduits en poudre ou sous forme d'extrait.

1° *Glande fraîche.* — On se procure facilement dans les abattoirs des ovaires de vaches, brebis ou juments. Ils doivent être employés frais et provenant d'animaux en bonne santé. On les administre soit hachés dans du pain azyme, ou du bouillon, ou de la confiture, soit coupées en tranches fines, saupoudré de sel ou de sucre.

Il est quelquefois difficile de s'en procurer ; elles s'altèrent assez rapidement et les malades les prennent quelquefois avec répugnance.

2° *Glandes sèches ; poudres d'ovaires.* — La préparation de cette poudre est des plus simples : on recueille les ovaires dans des flacons stérilisés : on débarrasse ces organes des enveloppes, de la graisse et du sang qui les entourent ;

on les coupe alors en tranches fines ou bien on les réduit en pulpe. On porte ensuite à l'étuve (38 à 40 degrés) et vingt-quatre heures plus tard on obtient un produit facilement pulvérisable qui ne représente plus que 22 0/0 du poids d'ovaires qu'on a introduit dans l'étuve. La dessiccation fait donc perdre aux ovaires 78 p. 100 de leur poids.

En ajoutant à cette poudre desséchée 78 p. 100 de son poids d'un mélange de bicarbonate de soude et de sucre de lait, on ferait que la préparation ainsi obtenue correspondrait poids pour poids à la glande fraîche.

3° *Extraits fluides et sucs ovariens.* — C'est la préparation glycérinée préparée d'après la méthode de Brown-Sequard, dont nous avons donné la préparation en détail dans notre pharmacopée (1) à propos de l'extrait thyroïdien.

Les doses à employer varieront suivant que l'on voudra obtenir l'action physiologique ou l'action homœopathique.

Dans le premier cas, qui est le plus fréquent pour l'ovaire, on devra employer des doses fortes, répétées ; on n'est pas retenu pour l'ovaire, comme pour le corps thyroïde ou les capsules surrénales, par la crainte d'une action toxique, l'ovaire ne paraissant pas toxique.

Les doses indiquées, par M. P. Mossé pour la glande fraîche est 10 à 20 grammes par jour ; pour les poudres de glande sèche, 6 à 7 grammes par jour.

Nous administrerions plus facilement le suc ovarien, qui se trouve dans nos pharmacies sous le nom d'*ovarine* (substance) qu'on donnerait à la dose de 1 à 2 grammes

(1) Pharmacopée homœopatique, Ecalle, Delpech et Peuvrier, chez J. B. Baillière.

par jour. Cependant dans le cas de ménopause artificielle où j'ai employé cette préparation, je me suis servi seulement de la 1re dilution décimale.

Pour obtenir l'action homœopathique dans les ménorrhagies, nous conseillons l'emploi de la 6e dilution.

Dr Marc Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

EVOLUTION DU TERTIARISME

La division quelque peu arbitraire des manifestations de la syphilis en accidents secondaires et tertiaires ne correspond pas toujours à la réalité, et ce mode de classification, commode pour l'esprit, s'éloigne d'autant plus de la nature pathologique qu'on le pousse à ces extrêmes limites. Vouloir faire rentrer un fait dans un cadre déterminé, c'est bien souvent le déformer; heureux, lorsqu'on ne le rend pas complètement méconnaissable! Et cela est si vrai que l'on a été obligé de dénommer *accidents de transition*, des manifestations syphilitiques telles que le sarcocèle ou certaines formes ulcéro-crustacées, ces manifestations participant à la fois par leurs caractères à l'une et à l'autre période.

Ceci dit, dans la généralité des cas, les accidents secondaires et les accidents tertiaires se différencieront, et par leurs formes propres et par leurs dates d'apparition.

Et d'abord, comment se fait le passage de la période secondaire à la période tertiaire?

De deux façons.

Dans le premier cas, fort rare, il y a une sorte de fusion des deux catégories d'accidents. Un malade, atteint par exemple, de syphilides papuleuses, présentera en même temps une gomme du tissu cellulaire. De sorte que l'on constatera chez lui, simultanément, des manifestations syphilitiques se rattachant aux deux périodes de la maladie. Ces cas, nous l'avons dit, sont fort rares et ne s'observent que deux ou trois fois sur cent.

Le second mode, de beaucoup le plus fréquent et que l'on rencontre 98 fois sur 100 environ, consiste en ceci :

Une fois la période secondaire terminée, il existe un temps d'arrêt plus ou moins long pendant lequel la syphilis cesse d'évoluer chez le malade d'une manière apparente; tellement bien que ce dernier peut se croire guéri. Alors, tout à coup, après plusieurs mois ou plusieurs années de répit, se produit l'*explosion tertiaire*.

Et dans ce cas, à quel âge de la syphilis cette explosion aura-t-elle lieu?

Nous venons de parler de mois ou bien d'années; et en effet, le tertiarisme pourra être précoce, très précoce même, ou ne se produire que trente, quarante et même cinquante ans et au-delà après l'apparition du chancre. Il faut d'ailleurs bien se garder de vouloir, entre ces deux éventualités extrêmes, établir une moyenne, dont le moindre défaut serait de ne correspondre à aucun cas particulier. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les accidents tertiaires peuvent exister à *tout âge* de l'infection.

Aussi ne doit-on jamais affirmer qu'un syphilitique est guéri, si toutefois on guérit de la syphilis. Et ce n'est pas un des côtés les moins tristes de cette affection que cette perpétuelle incertitude où se trouve le malade sur son état de guérison ou de non-guérison. Nous verrons plus loin

que ses chances de tertiarisme diminueront à mesure que le nombre d'années de sa syphilis augmentera.

Cependant, il n'est pas ici de règle fixe, et M. le professeur A. Fournier, dont la clinique de l'hôpital Saint-Louis (*Semaine médicale*, 7 mars 1900) nous a inspiré cet article, cite le cas d'un vieillard qui avait contracté la syphilis à l'âge de 17 ans et qui fut atteint, à 69 et 72 ans, successivement, d'une lésion syphilitique du maxillaire et d'une énorme gomme de la cuisse. De même, le fait rapporté par le Dr Petit et concernant un individu qui fut atteint à *quatre-vingt-sept ans* d'une syphilide tuberculo-crustacée, alors qu'il avait pris la maladie à l'âge de *vingt ans*.

Ces cas sont d'ailleurs fort rares et nous allons voir, d'après une statistique empruntée à M. Fournier et portant sur 4.400 malades, que les accidents tertiaires sont surtout fréquents dans les premières années de l'infection.

Voici cette statistique :

ACCIDENTS DE FORME TERTIAIRE AYANT FAIT LEUR INVASION AUX ÉCHÉANCES SUIVANTES :

1re année.	188	26e année.	20
2e —	453	27e —	14
3e —	471	28e —	21
4e —	388	29e —	15
5e —	357	30e —	17
6e —	326	31e —	11
7e —	274	32e —	6
8e —	211	33e —	7
9e —	195	34e —	4
10e —	233	35e —	2
11e —	142	36e —	5
12e —	134	37e —	5

13e	—	114	38e	—	3
14e	—	113	39e	—	3
15e	—	117	40e	—	5
16e	—	95	41e	—	4
17e	—	70	42e	—	2
18e	—	75	43e	—	2
19e	—	66	44e	—	1
20e	—	78	45e	—	1
21e	—	36	46e	—	2
22e	—	35	52e	—	1
23e	—	30	54e	—	1
24e	—	29	55e	—	1
25e	—	26			

En étudiant les divers chiffres de ce tableau, on peut en déduire les notions suivantes :

Nous voyons d'abord que le tertiarisme peut se produire dès la *première année* de la maladie, et ceci dans la proportion de 4,2 p. 100.

La seconde année, cette proportion est plus que doublée.

Enfin, c'est la troisième année qui marque l'apogée des accidents tertiaires. Ils se manifestent dans la proportion de 10,7 p. 100. C'est l'année redoutable pour les malades, celle où ils auront le plus à craindre les graves accidents de la syphilis.

A partir de la quatrième année, le déclin commence et ce déclin ne fera que s'accentuer dans les années suivantes, si bien que,après la quarantième année de l'infection, les manifestations tertiaires se réduiront à quelques unités. C'est l'*extinction* du tertiarisme.

Résumons-nous :

Il existe trois années néfastes, essentiellement propices à l'éclosion des accidents tertiaires. Ce sont la deuxième,

la troisième et la quatrième année, avec prédominance pour la troisième. A elles seules, elles fournissent à peu près le tiers des syphilis tertiaires.

Si l'on découpe la durée totale de la syphilis par tranches de dix années, on voit que le premier groupe donne un quotient de tertiarisme de 70 p. 100 ; le second groupe, 22,3 p. 100 ; le troisième, 5 p. 100 ; le quatrième, 1 p. 100 et enfin le groupe des années ultimes — de 41 à 55 ans —, 0,28 p. 100.

Quel enseignement comporte cette statistique ?

Celui-ci :

C'est que le tertiarisme est d'autant moins à craindre que la syphilis est plus ancienne. Et lorsque le malade se présentera au cabinet du médecin en lui disant : Docteur, voilà longtemps, bien longtemps que j'ai attrapé la vérole ; puis-je encore avoir des accidents tertiaires ? — Non, lui répondra ce dernier en s'appuyant sur la statistique que nous venons de donner, si vous vous êtes bien soigné, vous n'avez plus rien à redouter de la maladie.

Dr XAVIER.

ANTISEPSIE MÉDICALE

Les résultats si excellents de l'antisepsie appliquée à la chirurgie, et l'honneur et la considération qui en découlent directement pour l'art opératoire empêchent les médecins de dormir. Chaque jour on peut lire dans les recueils périodiques la découverte et le triomphe d'un nouvel antiseptique pour la guérison de la phtisie, de la fièvre typhoïde ou d'une autre maladie. Ces publications qui, la plupart du temps, ne sont malheureusement que des réclames, passent inaperçues et ne méritent pas l'honneur d'une réfutation. Mais quand un agrégé de la Faculté,

chargé du cours de pathologie générale, emboite le pas à ces découvreurs de spécifiques, quoiqu'il le fasse avec une science incomparablement plus élevée, les cliniciens ont le devoir de prendre cet enseignement en considération et d'en peser la valeur. C'est ce que nous ferons, à propos d'une leçon de M. Roger sur *les antiseptiques des voies respiratoires et intestinales* (*Tribune médicale*, 1900, p. 186).

Une erreur commune aux médecins qui préconisent l'antisepsie dans le traitement des maladies, c'est de croire que l'indication principale de la thérapeutique consiste à détruire le microbe. Or, aujourd'hui, il n'est pas un bactériologiste qui ne sache qu'il est impossible de détruire les microbes, une fois que la maladie est en évolution. La véritable indication, à ce moment, et ici nous nous appuyons sur l'autorité du professeur Bouchard, la véritable indication, dis-je, est de mettre l'organisme à même de lutter contre le microbe et ses toxines par la phagocytose et l'état bactéricique. Ne l'oublions pas, l'antisepsie, ou plutôt l'asepsie, n'est un si merveilleux instrument contre les maladies chirurgicales ou médicales que parce qu'elle a une action prophylactique : la thérapeutique est une illusion.

La leçon de M. le professeur Roger est un nouvel argument pour démontrer l'inanité de l'antisepsie médicale. Les exemples d'antisepsie rapportés par le professeur sont, je le dis à regret, ou bien de simples puérilités sans valeur thérapeutique, ou bien ils constituent des moyens dangereux et tombés en désuétude avant d'avoir été appliqués. Je suis obligé de justifier le jugement sévère mais juste que je viens de porter.

Quel clinicien prendra au sérieux le traitement antiseptique et curatif de la sinusite suppurée proposé par

le professeur Roger? « La thérapeutique de cette affection consiste tout simplement dans l'emploi du menthol qu'on vaporise dans de l'eau chaude et dont les vapeurs sont aspirées par le malade. » C'est un traitement simple et peu connu.

De qui veut se moquer le professeur Roger? Quel est le praticien qui n'a vu nombre de sinusites résister pendant des semaines et des mois au traitement des spécialistes les plus expérimentés? Et il suffirait de quelques gouttes de menthol pour triompher d'un mal aussi rebelle!

Quelques lignes plus bas, M. le professeur Roger conseille de faire l'antisepsie des fosses nasales chez les enfants atteints de fièvre éruptive, et il prétend que, grâce à cette précaution les enfants seront préservés de méningite suppurée et de gangrène si fréquente autrefois.

Ici le professeur Roger fait de la prophylaxie. Il est dans le vrai, nous l'approuvons, mais nous ne partageons pas ses illusions.

La prophylaxie des accidents de la rougeole et de la scarlatine se trouve bien plus dans l'isolement des malades et dans la désinfection des salles que dans la désinfection des fosses nasales. Et cette fameuse désinfection qui empêche la méningite n'a pu éviter aux malades du service de M. Roger le développement de 64 cas d'otite moyenne. Et cependant l'otite moyenne est dans un rapport bien plus direct que la méningite avec les fosses nasales.

Je passe sur les conseils donnés pour le traitement de l'otite moyenne et de la mastoïdite qui en est souvent la suite. Et nous arrivons maintenant aux moyens que j'ai appelés dangereux. Sans parler des doses exagérées de créosote employés par MM. Gimbert et Burlureaux, doses pouvant produire des accidents graves, je dirai un mot de

l'antisepsie du poumon obtenue en portant l'antiseptique dans le parenchyme lui-même. M. Roger avoue que c'est une méthode un peu dangereuse. Et cependant on pourrait penser que c'est la méthode d'avenir. Seulement le silence s'est fait depuis quelques années sur cette méthode, preuve incontestable qu'on y a renoncé. En sorte que la méthode de l'avenir est devenue la méthode du passé.

Faisons donc de la clinique à l'hôpital, de la bactériologie au laboratoire quand chaque chose sera à la place, nous ferons de meilleure thérapeutique.

Dr P. Jousset.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Alcool. — Maladie. — Mort

M. le Dr L. Jacquet a lu à la Société médicale des hôpitaux, au nom d'une nombreuse commission, un rapport sur l'alcoolisme et les moyens de le combattre.

Ce rapport est fortement documenté. Il démontre que l'alcoolisme détruit l'intelligence et toutes les nobles facultés, en même temps qu'il imprime au corps ses stigmates pathologiques ; il établit de plus que l'alcoolisé donne naissance à une race dégénérée, disposée à l'avance à contracter toutes les maladies infectieuses. En sorte que le poison alcoolique ne se borne pas à frapper l'individu, mais qu'il frappe la race, surtout quand ce vice est bilatéral comme on le voit si souvent dans les provinces de l'Ouest.

Autrefois, l'alcool était surtout accusé de produire certaines formes de folie, les affections de l'estomac et du

foie, la cirrhose en particulier, les néphrites chroniques. Quant aux enfants des alcooliques, on les considérait comme des *dégénérés*, c'est-à-dire des organismes voués à l'idiotie, à l'imbécillité, à toutes ces affections caractérisées par l'encéphalite chronique et les atrophies qui en sont la suite. Plus tard, ils fournissent un contingent nombreux à l'épilepsie et à la folie.

Mais le rapport de M. Jacquet a de plus mis en évidence l'influence considérable de l'alcoolisme sur la production de la tuberculose, aussi bien chez l'alcoolique lui-même que sur ses enfants. Nous nous arrêterons un instant sur ce point de la question qui n'est pas encore assez vulgarisé. Mais citons d'abord quelques chiffres empruntés au rapport de M. Jacquet.

Dans les tableaux présentés par M. Jacquet, sur 252 phtisiques, nous en trouvons 180, soit 71,42 0/0, qui étaient alcooliques *avant* les premiers symptômes de la maladie.

Des chiffres apportés par Coustan, Rendu, Barbier, il résulte qu'il y a une proportion de 88 à 90 0/0 d'alcooliques phtisiques. En sorte que Hayem a pu dire : *la phtisie se prend sur le zinc* (rapport, p. 25).

De l'étude de J. Tatham portant sur 504.923 décès mâles pendant trois années, il résulte que les phtisies se rencontrent dans une proportion considérable dans les mêmes professions où l'on trouve le plus d'alcooliques : cabaretiers, aubergistes, cochers.

Dans mes recherches sur l'étiologie de la tuberculose, j'ai pu constater bien des fois que l'alcoolisme des ascendants jouait sur la production de la phtisie de leurs descendants un rôle analogue à celui de la tuberculose familiale. Si on accepte, comme je crois l'avoir démontré, que

le bacille de Koch existe chez presque tous les enfants et qu'il demeure à l'état latent chez un grand nombre d'hommes, on comprendra le rôle de l'alcoolisme chronique dans le développement de la phtisie. C'est le rôle d'une *cause prédisposante* analogue à l'hérédité. Les enfants d'alcooliques sont comme les enfants des phtisiques, des *candidats* à la tuberculose.

Le Dr Jacquet s'élève avec raison contre les préjugés sur l'action reconstituante de l'alcool, préjugés partagés encore par un certain nombre de médecins et d'où naissent dans le traitement des maladies, l'abus du vin et des alcools et l'usage aussi absurde que pernicieux de distribuer en temps d'épidémie des liqueurs alcooliques aux personnes chargées du soin des maladies infectieuses.

Cet effort du corps médical qui a pour but d'arrêter le fléau de l'alcoolisme est absolument louable. Nous nous y associons de grand cœur. Mais que peut-il contre ce flot de morts, qui monte sans cesse et qui menace notre race d'abrutissement et de destruction ? Très peu de chose. La Norvège, avec trois articles de loi, a détruit l'alcoolisme que tous les moyens moraux : conférences, publications populaires, sociétés de tempérance, avaient été impuissants à combattre.

Cependant, si les moyens de persuasion n'ont pas d'action directe sur les progrès de l'alcoolisme, ils en ont une incontestable sur l'opinion. Or, l'opinion finit par avoir son jour de triomphe. Le jour où le gouvernement norvégien a été persuadé que l'alcoolisme conduisait la nation à sa perte, il a agi énergiquement, laissant de côté les demi-mesures, et en quelques années il a réussi. Le jour où nos gouvernants, c'est-à-dire les Chambres, comprendront le danger de notre pays, ils se décideront

peut-être à sacrifier leurs intérêts personnels à l'intérêt général et à édicter une législation qui réfrène efficacement l'usage de l'alcool; et s'ils hésitaient alors, l'opinion publique, éclairée par les travaux analogues à celui du Dr Jacquet, exercerait sur le Parlement une pression à laquelle il serait difficile d'échapper. Sans doute, dans un grand pays comme la France, la réglementation de la fabrication et de la vente des alcools est chose plus difficile qu'en Norvège. Néanmoins, tout me semble possible à la tyrannie administrative dont nous jouissons en France depuis Napoléon.

Continuons donc comme médecins à agir sur ceux qui nous entourent et contribuons à former un courant d'opinion auquel rien ne saurait résister.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Traitement du tétanos par les injections de sérum antitétanique et par le chloral. — II. Alimentation dans la fièvre typhoide. — III. Observation sur la médication cacodylique. — IV. Note sur deux cas d'abcès gazeux consécutifs a des injections hypodermiques.

I

(*Séance du 2 février*). — M. Petit rapporte deux cas de tétanos traumatique guéris par des injections de sérum antitétanique et par l'emploi du chloral à hautes doses.

Le premier se rapporte à un homme de 26 ans, tueur aux abattoirs, qui s'était blessé au niveau du pouce droit. Huit jours après cet accident, il fut pris de douleurs et de contractures à l'extrémité du membre supérieur droit, puis de trismus, d'opisthotonos et de contractures des membres et des muscles thoraciques.

Ce malade reçut chaque jour une injection sous-cutanée de sérum antitétanique et absorba journellement de 12 à 18 grammes de chloral. Au bout de trois semaines, il était complètement guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 34 ans qui se fit une blessure au niveau du cuir chevelu en déchargeant des planches ; c'est seulement trois semaines après qu'il présenta des accidents tétaniques qui évoluèrent comme ceux du malade précédent et se terminèrent également par la guérison, à la suite du même traitement.

Le premier malade reçut en tout 590 centimètres cubes de sérum en vingt et un jours, le second 560 centimètres cubes en dix-sept jours.

MM. Merklen, Vaquez et Rendu citent des cas analogues de guérisons.

Nous ferons remarquer que le sérum antitétanique guérit les cas de tétanos d'intensité moyenne, mais qu'il ne paraît pas avoir d'action dans les cas de tétanos graves, qui semblent jusqu'à présent au-dessus des ressources de la thérapeutique.

II

(*Séance du 16 février*). — M. Vaquez fait une très intéressante communication sur l'*alimentation dans la fièvre*

typhoïde, maladie malheureusement à l'ordre du jour cette année.

Il rappelle d'abord qu'autrefois les fébricitants étaient soumis à une diète absolue; qu'en 1857, la Société médicale des hôpitaux traita la question et que ses membres les plus audacieux proposaient l'emploi de bouillon et de potages; seul, M. Legroux signala un médecin de province, le Dr Mangin, qui avait donné à ses typhiques du lait coupé avec des résultats favorables.

Depuis, il s'est fait une modification dans nos habitudes et la plupart des malades atteints de fièvre typhoïde reçoivent 1 à 3 litres de lait, avec ou sans bouillon gras.

M. Vaquez, comme du reste certains médecins à l'étranger, a modifié cette pratique pendant l'épidémie de 1899 et il vient apporter ses résultats.

Il se demande :

1° Les typhiques sont-ils convenablement et suffisamment alimentés par les méthodes actuelles ?

2° Y aurait-il danger à les alimenter plus et d'une façon différente ?

3° Quels seraient les avantages et les modes meilleurs d'alimentation des typhiques ?

I. — Les typhiques sont-ils convenablement et suffisamment alimentés par les méthodes actuelles ?

Le physiologiste Longet a dit que la faim produisait des accidents semblables à ceux de la fièvre typhoïde, et qu'elle tuait comme les fièvres putrides; et M. Marotte, dans un important mémoire sur l'inanition dans les maladies aiguës, où il essaie de tracer un tableau propre à l'adynamie due à la maladie causale (fièvre typhoïde) et à l'adynamie par inanition, convient que bien des carac-

tères leur sont communs; ce sont: la prostration, la sécheresse de la langue et de la peau, la fétidité des excrétions et la divagation. Ces symptômes, nous les trouvons notés dans les anciennes descriptions des fièvres typhoïdes, dites adynamiques ou putrides; on les retrouverait encore si l'on cessait de nourrir et de baigner les typhiques. Ils viendraient encore ajouter leurs dangers à ceux de la maladie causale; mais sommes-nous assurés qu'avec nos pratiques actuelles ils ne continuent à jouer un rôle important dans le mode d'évolution des fièvres typhoïdes d'aujourd'hui?

M. Vaquez pense que l'inanition prend une part dans la symptomatologie des typhiques et que nous ne les nourrissons pas comme ils ont le droit et le pouvoir de l'être.

La ration d'entretien nécessaire à l'homme sain exige 3 à 4 litres de lait de vache et encore on a ainsi un peu trop de graisse et un déficit notable d'hydrates de carbone.

Les typhiques perdent une plus grande quantité de matières albuminoïdes et d'hydrates de carbone que l'homme sain; l'absorption du lait est diminuée chez les fébricitants.

La ration de 2 litres de lait est donc théoriquement insuffisante chez les typhiques; c'est une ration d'inanition.

II. — Y a-t-il danger à alimenter les typhiques et quel est-il?

M. Vaquez s'occupe d'abord des troubles que l'on peut attribuer à l'inanition.

M. Vaquez constate d'abord l'amaigrissement et la diminution de poids. Il ajoute : le délire, les congestions passives du poumon, la petitesse et la fréquence du pouls,

la sécheresse persistante de la langue, la tendance aux escarres, etc. Ces accidents se retrouvent chez les animaux que l'on ne nourrit pas et par contre sont absolument absents chez les typhiques alimentés.

M. Vaquez prétend que chez les typhiques qu'il a alimenté ainsi que chez ceux qui ont été alimentés à l'étranger par Gournitzki, Barrs, etc. n'ont pas présenté de mouvement fébrile plus considérable que celui qu'on observe ordinairement, qu'ils n'ont pas eu d'accidents de perforations ou d'hémorrhagies, qu'ils n'ont pas eu de rechutes.

Il n'y aurait donc pour lui que des avantages à augmenter l'alimentation.

III. — Quel est le meilleur mode d'alimentation?

La première idée était d'augmenter la ration de lait, mais 3 à 4 litres par jour sont souvent difficiles à administrer, souvent difficiles à digérer (vomissements, diarrhée) ; M. Vaquez a donc dû s'adresser à une autre alimentation.

Voici le régime adopté par M. Vaquez :

La base de l'alimentation était toujours le lait, mais il y ajoutait d'autres éléments nutritifs et surtout des albuminoïdes.

Le lait était prescrit par tasses de deux en deux heures, mais les prises de huit heures, de midi et de six heures étaient remplacées par des repas diversement composés. Le matin, il donnait une grande tasse de thé ou de café au lait ou bien une assiette de soupe à la farine (racahout, par exemple). La soupe à la farine d'avoine peut être laxative, comme le fait, d'ailleurs, remarquer Ewald, et n'est pas toujours bien supportée. La soupe à la farine de riz peut être recommandée en cas de diarrhée trop abondante. A midi, il constituait le repas de la façon suivante :

potage au lait avec un jaune d'œuf et une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de somatose, un verre à Bordeaux de gelée de viande ou bien de jus de viande frais. A six heures, il donnait un autre repas composé de façon à peu près identique, ou bien il remplaçait le potage au lait par un bouillon avec jaune d'œuf. Dans la nuit, il faisait prendre une demie ou une cuillerée à café de somatose avec le lait. Il avait tout d'abord employé la peptone, mais les malades s'en lassent vite et il a dû revenir aux préparations d'albumine soluble. On pourrait également essayer dans ces cas le pouvoir nutritif des nucléoses tirées des nucléo-albumines végétales dont M. Bovet, après des observations faites sous les auspices de M. Pouchet, a signalé le bon effet comme agent dynamogénique et la facile digestibilité. Les repas principaux étaient donnés au sortir du bain.

Ainsi donc, pendant la période fébrile, il ajoutait au lait une alimentation plus substantielle composée au total de trois jaunes d'œuf, de une à deux cuillerées à café de somatose, de deux verres de Bordeaux de gelée ou de jus de viande et d'une assiette de soupe farineuse. Cette alimentation, comme on voit, augmentait d'une façon notable la quantité de substances albuminoïdes, sans modifier sensiblement le total des graisses ingérées. Lorsque la température commençait à décroître, il remplaçait la gelée de viande ou le jus de viande par de la viande crue râpée. La viande de mouton, très pauvre en graisse, et n'offrant pas le danger de la viande de bœuf, est surtout recommandable, ou bien, ce qui plaît beaucoup aux malades, la viande prise dans la partie centrale du jambon, et très finement râpée.

Il continuait cette alimentation jusqu'à la déferves-

cence, et, deux ou trois jours après l'apyrexie complète, il commençait à donner quelques crèmes très légères, des soupes plus variées avec semoule de froment ou décoction de farine de cacao, et un peu de pommes de terre au lait ou du riz au lait soigneusement passé et en petite quantité. A partir de ce moment, vers le septième ou huitième jour de la convalescence, il recommençait à alimenter progressivement avec des œufs à la coque peu cuits, des biscottes, de la compote de fruits passée, etc.

D'une façon générale, les résultats obtenus nous ont paru très encourageants, et ils se résument en ces quelques mots : aucune complication n'a été relevée ni dans l'évolution générale de la maladie ni dans les symptômes locaux ; au contraire, la marche de la fièvre typhoïde nous a paru très favorablement influencée pendant la période fébrile, qui n'a jamais été hyperpyrétique, et surtout au cours de la convalescence, qui a été remarquablement courte. Mais les modifications ont porté surtout sur le cycle des températures de la défervescence, pendant laquelle la chute s'est faite le plus souvent d'une façon rapide et progressive, les oscillations habituelles ayant été très réduites.

Ses observations ont porté sur 11 cas, 8 à l'hôpital, 3 en ville. Un malade en a succombé ; il était entré à l'hôpital en pleine période d'état et avait présenté, dès le jour de son arrivée, des hémorrhagies intestinales considérables. On ne peut attribuer cette complication à l'alimentation qui fut d'ailleurs, par une prudence excessive, très réduite chez le malade.

M. Vaquez administrait en même temps des bains froids de quatre en quatre heures.

Chez aucun malade on n'a observé de délire. La langue,

quelquefois sèche au début, devenait bientôt humide; il n'y a jamais eu de vomissements, la diarrhée a toujours été très modérée. Un malade, qui présentait, sous l'influence du régime lacté exclusif, une diarrhée, presque incoercible, a vu ce symptôme disparaître avec le régime mixte.

La convalescence a été rapide ainsi que le retour des forces.

M. Sibedey accepte en grande partie la manière de faire de M. Vaquez surtout pour les malades qui digèrent mal le lait ou qui l'ont en horreur. Il ne croit pas que les aliments recommandés par son confrère puissent être le point de départ de perforation ou produire des rechutes.

Cependant il ne pense pas qu'on puisse ériger cette pratique en méthode de traitement, applicable à tous les cas, car il suffit chez certains malades d'un potage ou d'un jaune d'œuf pour amener une élévation du thermomètre.

M. Merklen ne peut accepter le régime proposé par M. Vaquez que comme un régime d'exception. Le plus souvent on devra s'en tenir au lait et au bouillon de poulet, régime qui a fait ses preuves. Il croit nécessaire d'arriver à 3 litres de lait par jour pour que le typhique ait une ration suffisante.

Quant à la convalescence, il convient d'être très sévère pour le régime, et pour lui, il laisse ses malades au lait, aux potages, aux crèmes, aux purées légères pendant les douze jours qui suivent la chute de la fièvre; généralement, en effet, les rechutes surviennent avant le treizième jour.

M. Widal émet les mêmes réserves que les orateurs

précédents et conseille le régime lacté comme le meilleur ; il donna de 2 à 4 litres suivant la tolérance du sujet et à l'habitude de compléter le régime en faisant boire dans la journée 60 grammes de lactose dans 1 litre d'eau d'Evian.

M. Vaquez a essayé avec prudence un régime plus substantiel et ses essais ont été bien supportés ; c'est une indication pour les cas où le régime lacté serait mal supporté.

D'autre part, on doit repousser un régime de suralimentation comme celui qui se fait à l'étranger, régime n'excluant même pas les aliments solides tels que la viande et le pain.

M. Glénard qui est un des vulgarisateurs de la méthode des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, dit que l'alimentation plus substantielle n'est possible qu'avec cette méthode.

Voici comment il la comprend : Toutes les trois heures. c'est-à-dire après chaque bain, on fera prendre au malade un quart de litre de lait, café ou thé au lait, potages clairs de gruau, tapioca, vermicelle, très cuits ; bouillon de veau, mouton, poulet, dégraissé à froid. Les cas dans lesquels le lait pur est mal toléré sont loin d'être exceptionnels ; les œufs, deux à trois par jour, la viande crue pulpée, une fois par jour, ne seront ajoutés aux potages que lorsque la fièvre ne dépassera plus 39 degrés, et les aliments solides, pain, viande rôtie, que lorsque la température n'aura pas dépassé 38 degrés depuis quatre jours. Avant ce délai, un morceau de pain, une aile de poulet, suffisent à déterminer une recrudescence de la fièvre. Il faut savoir résister à l'appétit insatiable que, avec le trai-

tement des bains froids, on observe si fréquemment chez les malades, longtemps avant la chute de la fièvre. La durée de la convalescence, dans ces conditions, ne dépasse guère une huitaine de jours. Quant aux rechutes, il semble bien qu'on puisse imputer une de leurs causes à l'alimentation intempestive des malades.

A la séance suivante (23 *février*), M. Bourcy vient faire observer qu'il n'a aucune expérience sur l'alimentation dans la fièvre typhoïde à la période d'état, mais il veut donner les résultats de sa pratique dans les formes qui se prolongent lorsqu'à la fin du quatrième septénaire il existe une fièvre plus ou moins intense, à exaspérations vespérales nettement accentuées, en dehors de toute complication susceptible d'expliquer la désespérante ténacité de cette fièvre. En même temps, le malade maigrit, s'affaiblit, devient hectique, a du subdélire; la situation paraît des plus graves. Eh bien! si l'on donne au malade une alimentation solide, deux œufs le premier jour, deux œufs et un peu de purée de pommes de terre le second, de la viande de poulet ou quelques boulettes de viande de mouton crue le troisième, on est surpris de voir la fièvre, non seulement ne pas augmenter, mais tomber très rapidement, quelquefois le jour même où l'alimentation solide a été instituée. L'amélioration de l'état général s'établit très vite, et l'on assiste à une véritable résurrection.

Il a eu quatre fois l'occasion d'appliquer cette méthode; quatre fois les malades ont rapidement guérie. Dans un cas notamment, chez une jeune fille de quatorze ans, la fièvre persistait après le trentième jour, l'hecticité était extrême, la mort paraissait imminente; sitôt que l'alimen-

tation fut reprise, l'amélioration fut absolument surprenante.

III

M. P. Dalché apporte l'historique de sa pratique avec la *médication cacodylique* : comme ceux qui ont fait usage de ce médicament, il a employé le cacodylate de soude en pilules, en injections sous-cutanées et en injections rectales.

On a signalé des accidents d'intolérance : douleurs gastriques et intestinales, crises de diarrhée, bouffées de chaleur, odeur alliacée de l'haleine.

Le Dr Dalché s'est servi le plus souvent de *pilules*, mode d'administration plus commode : pilules de 0 gr. 025, qu'il donnait au début une par jour pendant quatre jours; plus tard, il a commencé par deux pour arriver à trois. Il n'a pas observé de signes sérieux d'intolérance et pourtant un de ses malades (n° 36, salle Saint-Pierre) a pris des pilules pendant 32 jours consécutifs, à la dose de 2 par jours pendant 13 jours, puie de 3 pendant 19 jours.

Les seuls symptômes observés ont été quelques douleurs gastriques avec diminution de l'appétit; et chez quelques malades l'odeur alliacée de l'haleine. La diarrhée n'a pas paru se montrer sous l'influence du médicament.

Le Dr Dalché a fait aussi des *injections sous-cutanées* de 0 gr. 025 chaque; un de ses malades le n° 28 de la salle Saint-Pierre a reçu pendant deux mois une à deux piqûres par jour sans en éprouver aucun inconvénient. Un malade a accusé des douleurs vives au niveau des injections.

Il a aussi employé des *injections rectales* à la dose de 0 gr. 025 et de 0 gr. 05. Un malade a eu, dès les premiers jours du traitement, une hémoptysie considérable qui ne paraît pas sous sa dépendance.

Des résumés d'observations que le Dr Dalché nous rapporte ensuite, on peut conclure que la médication cacodylique améliore l'état général de quelques phtisiques et les engraisse lorsqu'ils ne sont pas avancés; que chez d'autres elle ne fait rien; que chez quelques malades assez atteints, elle paraît causer de l'aggravation.

M. Hayem n'emploie que la voie sous-cutanée parce qu'elle prévient la décomposition du cacodylate en oxyde de cacodyle, qui est très toxique et peut se produire dans le tube digestif.

M. Danlos conseille aussi les injections hypodermiques pour éviter les dermatites exfoliatrices, qui paraissent tenir à une décomposition du médicament dans le tube digestif.

M. Galliard a administré le cacodylate de soude à plusieurs phtisiques avec avantages pour leur état général mais sans obtenir d'action sur les lésions pulmonaires. Il l'a administré par la voie gastrique, à la dose de 5 à 20 centigrammes par jour, sans aucun inconvénient.

M. Merklen signale l'insuffisance hépatique comme une contre-indication à la médication cacodylique. Il y a quelques mois, il a essayé de traiter par les injections sous-cutanées de cacodylate de soude un malade de son service, atteint d'une péritonite chronique avec ascite qu'il croyait tuberculeuse ; il avait un sommet suspect et ses crachats contenaient des bacilles de Koch. Après

deux injections de cinq centigrammes, il fut pris de vomissements incoercibles et d'un état cholériforme des plus inquiétants, dont il se remit. Il ne mourut que quelque temps après, et l'autopsie permit de constater qu'il était bien tuberculeux, mais qu'il avait en même temps un cancer du foie.

IV

MM. Soupault et Guillemot ont eu l'occasion d'observer deux abcès gazeux consécutifs à des injections sous-cutanées, restés bénins pendant tout le cours de leur évolution.

Dans le premier cas, ils s'agissait d'nn tuberculeux en mauvais état, avec fièvre, à qui le 7 septembre on pratiqua, à la région postéro-externe de la cuisse gauche, une injection de 40 centimètres cubes d'une solution concentrée (5 p. 100) de chlorure de sodium. Douleur après l'injection; dès le lendemain douleur, rougeur et œdème de la peau.

Le 15 septembre, la jambe est augmentée de volume dans son ensemble; mais au tiers inférieur de la cuisse, occupant surtout la face antérieure, mais débordant sa face interne et surtout sa face externe, on voit les téguments tendus, comme ballonnés. La partie ainsi soulevée est large comme la paume de la main. La peau en est lisse, luisante, ayant sa coloration habituelle, sauf au niveau du point de la piqûre, où il existe une rougeur diffuse. Elle est chaude. La palpation en est légèrement douloureuse. Mais, ce qui est remarquable, c'est qu'on peut produire, dans toute l'étendue de la tuméfaction, un bruit de glouglou absolument comparable au gargouillement

colique. La percussion y donne une sonorité tympanique qui indique la présence d'une grande quantité de gaz.

L'état général, malgré la présence de ce phlegmon gazeux, reste satisfaisant. La température oscille entre 37 et 38 degrés; le pouls varie de 80 à 85. Mais ce léger état fébrile existait avant la piqûre et paraît devoir être attribué aux lésions pulmonaires plutôt qu'à l'abcès lui-même.

Le 16 septembre, nous pratiquons une ponction exploratrice avec une seringue stérilisée, et nous retirons un liquide purulent, rougeâtre et d'odeur fétide. Des gaz sentant l'acide sulfhydrique s'échappent par l'orifice de la piqûre.

Le 25 septembre, ponction aspiratrice retirant 300 centimètres cubes de pus couleur chocolat; en même temps que le liquide issue d'une très grande quantité de gaz, ayant l'odeur de l'hydrogène sulfuré.

Au bout de huit jours, la tumeur ne diminuant pas, incision qui donne 200 grammes d'un liquide rougeâtre analogue au précédent.

A la suite de ce traitement, guérison lente.

L'examen bactériologique a fait constater un gros bacille à extrémités carrées, rappelant d'assez près la bactéridie charbonneuse. Les cultures anaérobies ont seules donné des colonies nombreuses d'un bacille remarquable par les propriétés gazogènes qu'il manifeste, non seulement dans les milieux nutritifs, mais aussi dans les tissus vivants des animaux.

Ce microbe peut être identifié avec un autre décrit par Vallon et Zuber dans des suppurations fétides et gangréneuses, sous le nom de *bacillus perfringens*.

Dans un second cas observé par M. Méry, il s'agissait

d'un enfant atteint de fièvre typhoïde. A la suite d'une injection de sérum artificiel faite sous la peau de l'abdomen apparut une tuméfaction rouge, douloureuse, au niveau de laquelle on ne tarda pas à percevoir une crépitation gazeuze très nette. L'abcès fut ouvert au thermocautère ; il contenait un pus jaunâtre, visqueux, inodore, qui fut soumis à l'examen bactériologique. Les cultures permirent d'isoler trois microbes aérobies dont le plus abondant était le staphylococque doré, et un bacille anaérobie qui s'est montré parfaitement identique par tous les caractères au microbe isolé dans le premier cas, le *bacillus perfringens.*

Les auteurs ont retrouvé cinq observations d'abcès gazeux consécutifs à des injections sous-cutanées. Dans deux cas seulement on a fait l'examen bactériologique. Cet examen fait par Fraenkel a fait rencontrer un microbe anaérobie qui paraît identique au *bacillus perfringens.*

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

GLYCOSURIE CONSÉCUTIVE A UNE INTOXICATION PAR L'ATROPINE.

Le D[r] Raphaël a observé un homme de 28 ans qui avait absorbé de XV à XX gouttes d'une solution d'atropine, qui lui avait été prescrite pour instillations dans l'œil. Il présenta les symptômes d'un empoisonnement grave par l'atropine. En outre, on a constaté chez lui une manifestation qui n'avait pas encore été signalée jusqu'ici comme faisant partie du tableau d'empoisonnement : son urine renfermait du sucre (dextrose) ; or, pendant les douze

heures qui avaient précédé l'empoisonnement, le malade n'avait pas pris de nourriture. Il s'agissait donc d'une glycosurie spontanée.

Quand le malade fut revenu à lui, on lui fit absorber 100 grammes de sucre de raisin, dissous dans 500 grammes d'eau ; il élimina par les urines 14 p. 100 de la quantité de sucre ingérée.

Le lendemain, il ne subsistait plus de traces de cette glycosurie. L'ingestion d'une soupe contenant 143 gr. de farine (quantité équivalente de 100 grammes de sucre de raisin) ne fit pas apparaître de sucre dans les urines. La glycosurie transitoire, présentée par ce malade, était donc bien symptomatique de l'empoisonnement par l'atropine. Et, de fait, le résultat des expériences relatées par l'auteur et qui ont été faites sur des lapins, corrobore cette conclusion. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 17 août 1899.)

Glycosurie a la suite de l'usage de copahu.

Le Dr Battmann a observé un jeune homme de 21 ans, fils de diabétique, qui souffrait depuis deux mois et demi, d'une violente blennorrhagie. Avant son entrée à l'hôpital il avait absorbé des quantités considérables de copahu, jusqu'à 16 grammes par jour. Dans les derniers temps, il avait été tourmenté par une soif très vive, et il avait eu de la polyurie. La quantité des urines des vingt-quatre se chiffrait par un peu plus de 5 litres, avec une contenance en sucre de 6,2 p. 100. Sous l'influence du régime antidiabétique et de l'administration interne de l'opium, la quantité des urines des vingt-quatre heures se réduisit à 2.300 centimètres cubes, la proportion de sucre à 0,9

p. 100. Bien entendu que le traitement par le copahu avait été supprimé.

Dans la suite, on fit reprendre au malade, à deux reprises différentes, du copahu à la dose quotidienne de 3 à 2 1/2 grammes, tout en le maintenant au régime antidiabétique. Chaque fois la quantité de sucre éliminé par les urines s'éleva, du jour au lendemain, dans des proportions considérables.

L'auteur a passé en revue un certain nombre de travaux dans lesquels les auteurs ont signalé l'apparition de la glycosurie à la suite de l'usage interne de l'essence de copahu. Il a exposé ensuite les recherches qu'il a faites sur un certain nombre de sujets atteints d'une blennorrhagie, et dont il a examiné systématiquement les urines, après les avoir soumis à un traitement par le copahu. Après huit jours de traitement, les malades ingéraient le matin à jeun, en même temps que le copahu, 100 grammes de sucre de raisin. Chez 4 sujets sur 12 on a vu apparaître une glycosurie transitoire. En même temps l'action diurétique, bien connue, du copahu s'est manifestée de la façon la plus nette. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 17 août 1899.)

LE BLEU DE MÉTHYLÈNE DANS L'ÉPILEPSIE

Les propriétés calmantes du bleu de méthylène n'ont été utilisées jusqu'ici que pour combattre les douleurs névralgiques et certains états d'excitation mentale. Or, comme les substances douées d'une action analgésique produisent souvent aussi un effet favorable sur les crises convulsives, M. le Dr G. Paoli, médecin de l'asile d'aliénés de Lucques, a eu l'idée d'expérimenter le bleu de mé-

thylène dans le mal comitial. En conséquence, notre confrère a administré ce médicament à 9 femmes épileptiques, dont 8 en ont pris chaque jour, pendant un mois, 0 gr. 60 divisés en deux pilules. Une seule malade, chez laquelle l'ingestion du bleu de méthylène provoquait des troubles digestifs, fut traitée, également pendant un mois, par l'usage hypodermique de ce produit à la dose de 0 gr. 10 par injection. Ces essais ont montré que le bleu de méthylène diminue nettement le nombre, la durée et l'intensité des attaques comitiales et amende aussi l'agitation des épileptiques dans les intervalles des accès. Le résultat a même été parfois plus prononcé que celui qu'on obtenait au moyen de la médication bromurée. Enfin, le bleu de méthylène paraît agir plus efficacement quand on le prescrit à l'intérieur que lorsqu'on l'emploie en injections sous-cutanées.

(*Semaine médicale*, 27 décembre).

RÉGIME VÉGÉTARIEN DANS LE DIABÈTE

Le régime carné prescrit aux diabétiques est quelquefois nuisible en amenant une intoxication acide de l'organisme et en favorisant ainsi la production du coma.

M. Kolisch, privat-docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne, considérant que la superproduction de glycose est due à l'action irritante exercée sur les tissus de l'organisme par une nourriture riche en substances protéiques, a été amené à recourir chez les diabétiques au régime végétarien, lequel paraît offrir, dans l'espèce, les avantages suivants : il est beaucoup moins irritant, moins toxique que l'alimentation carnée ; il est riche en substances alcalines dont l'utilité pour les

diabétiques est parfaitement établie ; il permet d'éviter la suralimentation, tout en fournissant une quantité d'aliments suffisante pour apaiser la faim ; enfin, il est beaucoup plus agréable aux patients que le régime carné exclusif.

Notre confrère n'a pas tardé à se convaincre que son opinion était tout à fait rationnelle et que, en instituant chez les diabétiques un régime végétarien dont les farineux et le sucre sont plus ou moins exclus et qui se compose essentiellement de légumes verts, d'œufs, de substances grasses, de cacao, de thé, de café, etc., on obtient une amélioration rapide de tous les symptômes. Cette amélioration se manifeste d'abord par la diminution de la quantité des urines, ce qui amène la disparition de la polydipsie et de la sécheresse de la peau. Ensuite, on voit la glycosurie s'amender à son tour, puis disparaître.

Voici, comme exemple, un menu visant les cas graves de diabète :

Le matin : café avec beaucoup de crème, édulcoré ou non au moyen de la saccharine ; deux œufs durs, un peu de lard.

A midi : choux-fleurs au beurre, choucroute, salade avec de l'huile en excès, fromage et 3 ou 4 cuillerées à bouche de groseilles.

Au goûter : café à la crème.

A dîner : omelettes aux champignons ; asperges au beurre ; fromage ; quelques fruits, notamment noix, noisettes ou amandes.

Quand, sous l'influence de ce régime, la glycosurie et l'acétonurie ont disparu, on peut permettre l'usage du pain en petite quantité. Ce n'est que plus tard qu'on don-

nera de la viande ou du poisson, en surveillant attentivement les urines et sans que la quantité de ces aliments dépasse jamais 300 grammes par jour, alors même qu'il s'agit d'une forme légère de diabète.

En ce qui concerne le vin, M. Kolisch le considère comme superflu, sinon comme nuisible.

Enfin, notre confrère a coutume de prescrire aux diabétiques, pour tout traitement médicamenteux, 500 gr. de bicarbonate de soude par jour, jusqu'à ce que les urines présentent une réaction franchement alcaline.

L'expérience seule permettra de porter un jugement sur la valeur de ce régime, mais rien n'empêche d'en faire d'ores et déjà l'essai chez les diabétiques qui ne se trouvent pas améliorés sous l'influence de l'usage exclusif de la viande.

(*Semaine médicale*, 24 janvier).

REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE DE LA MALADIE DE RAYNAUD

Le syndrome clinique découvert chez l'homme par Reynaud et désigné sous le nom de gangrène symétrique ou d'asphyxie locale des extrémités, n'a jamais été constaté ou reproduit intégralement chez les animaux. Il a paru intéressant à M. Phisalix de montrer à la Société de Biologie un cobaye chez lequel le syndrome en question s'est manifesté consécutivement à l'expérience suivante : cet animal, fortement vacciné à l'égard de la septicémie des cobayes, a reçu dans le péritoine un sac de collodion plein de bouillon ensemencé avec le microbe virulent. Il a parfaitement résisté, mais peu à peu on a vu apparaître, d'une manière intermittente, des accidents nerveux qui se manifestent surtout par un frissonnement général. Au bout d'environ un mois et demi, l'état s'ag-

grava, l'animal maigrit ; on constata alors que les quatre pattes étaient tuméfiées, violacées et douloureuses à leurs extrémités ; peu de temps après, des plaques gangréneuses noirâtres se montrèrent aux faces palmaire et plantaire des membres ; à la base des doigts il y avait aussi de petites eschares, ainsi qu'à l'extrémité du fourreau de la verge. La peau du museau était un peu épaissie et violacée, mais sans eschare.

(*Semaine médicale*, 24 janvier).

RÉGIME ALIMENTAIRE DES ENFANTS ; ACCIDENTS CAUSÉS PAR L'ABUS DE CERTAINS ALIMENTS

Le Dr A. Czerny, professeur de pédiatrie à Breslau, a étudié les troubles morbides produits par l'abus du lait, de la viande et des œufs.

Le lait, lorsqu'il est ingéré à la quantité d'un litre ou plus par jour, produit souvent, chez les enfants au-dessus de deux ans, une constipation opiniâtre, accompagnée parfois d'hémorrhoïdes et de fissures anales, qui résiste à tous les purgatifs imaginables mais qui ne tarde pas à se dissiper dès qu'on supprime ou qu'on diminue considérablement l'alimentation lactée. Il s'ensuit que le praticien, toutes les fois qu'il est consulté au sujet d'une constipation chronique chez un enfant, et avant d'instituer un traitement médicamenteux, ne doit pas oublier de s'enquérir s'il n'a pas affaire, dans l'espèce, à une des conséquences de l'usage abusif du lait.

On voit aussi des enfants qui absorbent beaucoup de lait devenir franchement anémiques, et cette anémie disparaître rapidement sous l'influence d'une nourriture mixte, riche en substances végétales.

En ce qui concerne l'usage abusif de la viande, il prédispose les enfants aux maladies cutanées, notamment à l'eczéma prurigineux et aux folliculites à répétition ; il est fréquemment cause d'un sommeil agité, entrecoupé de rêves ; il provoque, en outre, l'élimination d'urines très chargées en sédiments, riches en acide urique, et, chez les petites filles, des vulvo-vaginites rebelles, qui ne disparaissent que sous l'influence d'un alimentation mixte dans laquelle les légumes et les farineux figurent pour une large part.

L'ingestion excessive d'œufs détermine souvent, chez les enfants, une diarrhée chronique ou à répétition avec selles muqueuses. Ces troubles digestifs cèdent également à un régime diététique rationnel.

Mais ce n'est pas seulement l'abus de certains aliments qui donne lieu à diverses manifestations morbides chez les enfants. La suralimentation elle-même est également susceptible d'amener, en dehors des troubles digestifs passagers et de la prédisposition à des anomalies constitutionnelles, un état mobide spécial qui ne paraît pas avoir encore été signalé et que M. Czerny a eu l'occasion d'observer dans les familles riches.

Il s'agit d'enfants, âgés de deux à trois ans et plus ou moins obèses, offrant un teint jaune particulier qui inspire des craintes aux parents. A l'examen de ces petits patients, il est facile de constater que leur teint n'est nullement d'origine ictérique. En effet, les selles sont bien colorées, les urines ne contiennent pas de pigments biliaires et le foie ne présente rien d'anormal. La rate est parfois augmentée de volume, malgré l'absence de tout antécédent malarique. La coloration jaune de la face se produit insidieusement ; arrivée à son maximum, elle

reste invariable et s'éternise jusqu'à ce qu'un régime alimentaire approprié la fasse rapidement disparaître. (*Semaine Médicale*, 31 janvier).

Guérison de l'hydrocèle a la suite d'une ponction exploratrice.

Personne ne songe actuellement à traiter l'hydrocèle d'une autre façon que par l'incision aseptique ou par l'injection de substances irritantes dans la vaginale, la simple évacuation de cette cavité étant toujours suivie de la reproduction de l'épanchement. Mais si cela est vrai pour l'extraction complète du contenu de la poche, il paraît en être tout autrement lorsqu'on se borne à aspirer un peu de sérosité, comme M. le docteur U. Betti (de Luciguano) a pu s'en convaincre chez deux patients qui guérirent rapidement de leur hydrocèle après qu'on eut extrait 1 c. c. de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz, dans le but d'assurer le diagnostic de l'affection.

En conséquence, notre confrère estime que, avant de procéder à l'opération de l'hydrocèle, il y a toujours lieu d'essayer l'aspiration d'une petite quantité d'exsudat au moyen d'une ponction exploratrice. (*Semaine médicale*, 31 janvier).

Effets toxiques de l'acide borique.

Chez un malade affecté d'une cystite, auquel il avait fait prendre, pendant une période de temps assez longue, de l'acide borique à l'intérieur, M. Evans a vu apparaître un érythème du cuir chevelu et de la nuque, suivi d'une dermatite exfoliatrice, d'un œdème sous-cutané, d'une chute des cheveux, d'un état cassant des ongles. Toutes les

manifestations se sont dissipées, après qu'on eut cessé l'administration interne de l'acide borique.

Le Dr Grumpelt relate également l'observation d'un malade affecté d'un catarrhe chronique de l'intestin, et auquel il avait prescrit deux lavements quotidiens d'eau boriquée (une cuillerée à thé d'acide borique par demi-litre d'eau). La maladie d'intestin fut améliorée par ce traitement, mais au bout de quatre jours, des symptômes d'intoxication firent leur apparition, sous la forme de maux de tête, de légers vomissements, d'une extrême sécheresse de la peau. Il a suffi d'interrompre le traitement pour voir disparaître ces accidents; leur retour suivit de près la reprise du traitement. Ils se dissipèrent définitivement lorsqu'on eut réduit de moitié la dose d'acide borique.

Le Dr Wild a relevé une série d'exemples d'empoisonnement par l'acide administré *intus* et *extra*. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie,* 17 août 1899.)

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY 52, rue Madame

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1900

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES BIENFAITEURS
le 26 *mars* 1900.

Le Dr P. JOUSSET, président de la commission administrative, ouvre la séance par l'allocution suivante :

Mesdames et Messieurs,

Vous allez entendre le compte rendu médical de l'hôpital Saint-Jacques présenté par le Dr Nimier et le rapport financier par le Dr Marc Jousset. Vous y verrez qu'en résumé l'année 1899 ressemble fort aux années précédentes. Même nombre de malades et même proportion de guérisons et de morts. Les dépenses et les recettes à peu près en équilibre. Grâce à votre concours, notre œuvre s'est donc continuée.

Au commencement de cette année 1900, de grosses dépenses nous sont incombées par la nécessité de repeindre

les salles de l'hôpital et de refaire deux calorifères. Nous comptons sur les résultats de la vente de charité pour nous aider à supporter les grosses dépenses qui résultent de ces travaux; et au besoin nous aurions recours à votre inépuisable charité, si cela devenait nécessaire.

Nous avons profité des travaux intérieurs exécutés dans les salles pour installer un sanatorium destiné au traitement des phtisiques hommes.

Le sanatorium est aménagé suivant les règles hygiéniques appliquées au traitement de la phtisie. Il est largement éclairé et ses fenêtres sont disposées pour une aération de jour et de nuit. Des appareils de chauffage très puissants permettent de maintenir dans la salle une température convenable, même par les hivers les plus rigoureux et avec l'aération continue.

La pensée qui nous a guidé dans la création de ce sanatorium est double: créer pour les malheureux phtisiques un service hospitalier dans les meilleures conditions possibles, et nous permettre de vérifier par la clinique les effets favorables de la médication homœopathique et sérumthérapique.

L'espace restreint dont nous disposons ne nous a pas permis la création d'un sanatorium analogue pour les femmes; nous le regrettons beaucoup. Et si notre situation pécuniaire nous permettait de nous étendre, nous ne manquerions pas de donner une plus grande extension au sanatorium de la phtisie pulmonaire.

J'ai tenu à vous mettre au courant de cette nouvelle création, pour vous mettre à même de nous adresser des malades atteints de phtisie pulmonaire. Ces malades sont difficilement acceptés dans les hôpitaux ordinaires; chez nous ils seront bien reçus, nous les entourerons de tous

les soins hygiéniques que nécessite leur état, nous leur appliquerons les agents thérapeutiques dont l'expérience a démontré l'efficacité, et nous espérons arriver à la guérison d'un certain nombre d'entre eux.

La parole est à M. le Dr Nimier.

STATISTIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES. *pour l'année* 1899.

Mesdames, Messieurs,

Nous avons à soigner dans les salles de l'hôpital Saint-Jacques pendant l'année 1899 un plus grand nombre de malades que pendant l'année précédente. En effet, il y avait en traitement, le 1er janvier 1899, 32 malades et il en est venu dans le courant de l'année 343 nous demander les bienfaits du traitement homœopathique. C'est donc 374 personnes, soit 133 hommes et 210 femmes, qui ont pu, grâce à votre générosité, recevoir nos soins. Ensemble elles ont fourni 11.042 journées de malade; il y a eu en outre 4.851 consultations données gratuitement aux gens de dehors.

La mortalité a été de 36 soit 9,06 0/0, elle continue donc à décroître chaque année. Ces décès se décomposent comme suit: Tuberculose pulmonaire 7, pneumonie 6, cancer 5, méningite aiguë ou tuberculeuse 4, cirrhose du foie 3, fièvre typhoïde 2, maladies de cœur 2, urémie 2, diabète 1, embolie 1, péritonite 1, hernie étranglée 1, hystérectomie 1.

Ce qui frappe surtout dans cette statistique, c'est le chiffre énorme pour nous de la mortalité dans la pneumonie 6 sur un total de 17 cas. Mais vous savez combien l'épidémie de grippe de l'année dernière a été mortelle et

c'est précisément par les pneumonies grippales qu'elle l'a été. Nos malades n'ont pas échappé à la loi commune et nous avons ainsi perdu 4 pneumonies grippales dont une double. Quant aux deux autres cas ils étaient survenus chez des alcooliques qu'on nous a apportés à l'hôpital quelques heures avant leur décès, alors qu'il était trop tard pour nous de tenter un traitement efficace.

Parmi les autres affections aiguës ayant entraîné la mort, je relève 2 fièvres typhoïdes sur 12 cas et dans un de ces cas mortels, la jeune malade entrée à l'hôpital avec une forme foudroyante a été enlevée quelques heures après son admission. A ce sujet je désirerais émettre un souhait; c'est que certains confrères allopathes ne nous envoient pas si facilement des cas désespérés qui viennent ainsi assombrir notre statistique. Je trouve ensuite une péritonite. Quant aux autres affections, elles ressortissent aux maladies chroniques ou fatalement mortelles comme la tuberculose, le cancer, les maladies de cœur, l'urémie, le diabète, l'embolie, la hernie étranglée et enfin une hystérectomie.

Vous voyez, Mesdames et Messieurs, que notre statistique supporte avantageusement la comparaison avec celle des hôpitaux allopathiques et j'espère que cela vous encouragera à nous continuer votre appui pécuniaire dont nous avons encore plus besoin cette année que les années précédentes.

Je vais maintenant vous donner le relevé complet de toutes les maladies que nous avons soignées à Saint-Jacques pendant l'année 1899.

Tuberculose pulmonaire.	24	Maladie de cœur.	14
Rougeole	19	Cancer.	13
Rhumatisme	16	Fièvre typhoïde.	12

Pneumonie.	17	Grippe.	11
Angines.	14	Cirrhose hépatique . . .	8
Bronchite.	14	Appendicite.	6
Gastrite.	8	Diphtérie.	2
Fièvre.	8	Bronchite chronique. . .	3
Anémie.	9	Contusions.	6
Névralgie.	7	Plaies.	7
Pleurésie.	6	Affections utérines et ovariennes.	16
Abcès et fistules	8	Emphysème.	2
Eczéma.	5	Congestion cérébrale. . .	3
Entérite.	5	Ostéite.	4
Urémie.	4	Méningite.	4
Scarlatine.	2	Phlébite.	2
Érysipèle.	2	Hernie.	4
Syphilis	2	Fractures.	2
Laryngite.	2	Stomatite.	2
Affections des yeux. . .	6	Chorée.	2
Fatigue.	2	Péritonite.	1
Cystite tuberculeuse . .	1	Kyste.	3
Intoxication par l'oxyde de carbone.	1	Hydrocèle.	3
Périnéorrhaphie	3	Orchite.	2

Les autres maladies, au nombre d'une sont: la fièvre intermittente, les varices internes, l'onyxis, la lymphangite, la paralysie radiale, la goutte, la neurasthénie, le diabète, la teigne, le panaris, la glossite, l'adénite, l'ulcère du duodenum, la colique hépatique, le goître, la myélite, le tabès, la mastoïdite, la tuberculose génitale, etc.

Le D[r] Marc Jousset lit le rapport financier pour l'année 1899.

Avoir :

En caisse le 1[er] janvier.	8.319,60
Rentes (titres en portefeuille).	6.803,15
— (titres chez le notaire)	5.452,30

Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais).	9,60
Souscriptions et dons.	1.690,00
Produits de l'hôpital (chambres payantes, dons des malades et de leurs bienfaiteurs).	21.839,05
	44.113,70

Dépenses :

Nourriture.	14.758,50
Vin (entrée et port).	687,00
Vin.	869,75
Cognac et rhum.	177,60
Eclairage.	1.501,55
Eau.	623,10
Blanchissage.	1.731,55
Divers (poterie, porcel., etc.).	1.178,75
Lingerie.	500.00
Contributions.	1.730,50
Charbon	3.892,70
Assurances	86,75
Mémoires : Delaroche, plombier. . . .	1.500,00
— Dewez, stores, etc.	104,80
— Trapier	412,80
— Giffault, plombier.	647,40
— Luer, instruments	3,50
— Compteur d'eau.	34,15
— Bombois, menuisier.	566,00
— Gilon, serrurier.	792,00
Intérêts dus sur le terrain.	3.000,00
Divers (impression, des carnets de consultations compte rendu, etc.). . .	257,60

Frais du Crédit Lyonnais.	25,00
— du notaire.	3,80
Traitement des internes.	1.150,00
— de l'aumônier.	750,00
— des sœurs.	1.700,00
— du concierge.	1.800,00
Domestiques, gardes, etc.	1.860,00
	42.344,80

Balance :

Avoir.	44.113,70
Dépenses.	42.344,80
Reste au 1er janvier 1900.	1.768,90

Nous venons d'apprendre qu'un legs de 50.000 francs a été fait à notre hôpital par le baron de Rotschild ; il nous permettra d'augmenter un peu nos revenus qui sont une des principales ressources de l'hôpital, les souscriptions et dons diminuant un peu chaque année.

Nous aurons cette année notre vente et nous espérons qu'elle nous permettra de couvrir les frais assez considérables que nous aurons à faire en 1900. L'Exposition internationale a admis l'hôpital Saint-Jacques parmi les œuvres d'assistance privée ; nous avons dû faire faire une maquette donnant la reproduction des services de l'hôpital. Nous avons dû aussi faire repeindre les salles et une partie des chambres, la peinture étant devenue très sale et noircie.

Vous voyez que malgré tout nous avons toujours besoin de vous tendre la main et que nos ressources, tant nos rentes que le produit des chambres payantes, ne suffisent pas pour couvrir nos dépenses.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR QUELQUES CAUSES QUI ÉLOIGNENT LES MALADES DE L'HOMŒOPATHIE.

(2e *Article*)

La pensée d'un péril menaçant l'homœopathie a inspiré notre premier article. Préoccupé d'éloigner tout ce qui fait obstacle à l'expansion de nos doctrines; attristés à la vue de fautes trop souvent répétées, nous nous sommes cru autorisés à crier *casse-cou*. Ce cri, je dois le dire, a été généralement bien accueilli et nous avons reçu de différents côtés de vrais encouragements. Et c'est pour cela que nous avons pensé qu'il serait utile, après avoir signalé le danger, d'indiquer le moyen de l'éviter.

Or, toute la question se résume en ceci : *discerner les cas pathologiques au traitement desquels la thérapeutique pharmaceutique n'est pas ou n'est plus applicable.*

Dans quel cas n'est-elle pas applicable?

Les médicaments sont absolument impuissants à modifier les affections pathologiques constituées par une lésion non susceptible de régression. Tel un séquestre, un calcul, un kyste de l'ovaire, un kyste hydatique.

Dans ces cas, les médicaments ne sont applicables que pour combattre les accidents et les complications qui peuvent se présenter. Quant à la lésion elle-même, elle échappe complètement à l'action médicamenteuse; et à qui vous proposera de traiter un calcul de la vessie ou un séquestre résultat d'une nécrose, vous pourrez répondre comme J.-P. Tessier : « On ne traite pas un pois dans un cautère, on l'ôte. »

Le médecin, homœopathe ou non, qui accepte de traiter ces lésions, déconsidère à la fois son art et sa personne, puisqu'il aboutit fatalement à un insuccès et qu'il devrait le savoir.

Ces réserves faites, il peut et doit appliquer les médicaments au traitement des complications inflammatoires ou autres ; des douleurs ; et surtout de la maladie tuberculose ou de la goutte, qui est la cause première de ces lésions.

Cette première catégorie ne contient que des actes pathologiques très simples et qui ne peuvent jamais présenter de difficultés. Mais il n'en est plus ainsi dans la seconde catégorie de faits, quand il s'agit de décider si le moment est venu de renoncer à l'action des médicaments pour avoir recours à une médication accessoire, à la chirurgie par exemple. Je citerai quelques exemples.

Voici une pleurésie fibrineuse; les accidents aigus ont cessé sous l'influence des médicaments, mais l'épanchement reste stationnaire. Combien de temps est-on autorisé à prescrire contre cet épanchement la Bryone, la Cantharide, l'Hepar sulfuris et les autres médicaments auxquels nous devons tant de succès? Attendrons-nous trois semaines, six semaines, deux mois? La question est délicate. Nous savons que sous la pression exercée par l'épanchement, le thorax s'élargit et le poumon comprimé, repoussé dans la gouttière vertébrale ou vers le sommet du thorax, perd les apparences du poumon et semble carnifié. Cependant, pendant bien des jours encore il conserve la faculté de revenir *ad integrum* et de reprendre sa place dans le thorax si l'épanchement se résorbe ou est évacué.

Mais cette faculté pour le poumon de se laisser pénétrer à nouveau par l'air atmosphérique peut être très prompte-

ment entravée par l'organisation et l'épaississement de la fausse membrane qui le revêt. Il y a donc un moment où l'incurabilité s'établit. Cette incurabilité est constituée par l'impossibilité pour le poumon de revenir prendre sa place dans le thorax et par la limite de la rétraction des côtes venant au-devant du poumon. Il reste donc, dans ces cas, une cavité que rien ne peut combler et qui est le siège fatal d'un épanchement incurable.

J'ai eu à l'ancien hôpital Saint-Jacques un malade qui, depuis dix ans, portait une lésion semblable dont, malgré les ponctions, et plus tard l'opération de l'empyème, il n'a jamais guéri.

Il est donc certain que, dans ce cas de pleurésie fibrineuse que nous avons pris pour exemple, il est difficile de saisir le moment où l'on doit abandonner le traitement pharmaceutique pour employer la thoracentèse. Pour difficile qu'elle soit, cette indication ne s'impose pas moins à la conscience du médecin. Nous avons dit ailleurs que si, au bout de six semaines, malgré les médicaments les mieux indiqués, l'épanchement n'avait aucune tendance à diminuer, il était temps d'intervenir; j'ajoute que c'est là une limite extrême.

Citons encore pour exemple les otites moyennes suppurées qui se compliquent si fréquemment de mastoïdite. Quand devrez-vous réclamer la trépanation de l'apophyse mastoïde? Si l'opération est faite à temps, le malade guérit presque toujours. Mais, si dans l'espoir d'arriver à la guérison au moyen des médicaments, vous attendez trop, l'inflammation de l'apophyse mastoïde se propage au cerveau et vous vous trouverez en face de complications cérébrales presque toujours mortelles.

Et il est impossible de se faire l'illusion que le médecin

n'a pas un certain degré de responsabilité dans ces graves événements. J'ajoute que si sa conscience a à en souffrir, sa réputation en souffre encore davantage.

Et l'appendicite? Doit-on l'opérer et quand doit-on l'opérer? Nous ne voulons pas entrer ici dans le détail de cette question de pathologie. Nous voulons seulement conclure que si un médecin complet ne peut être tenu de savoir la médecine opératoire, il doit connaître parfaitement les processus pathologiques qui, à un moment donné, ont besoin d'intervention chirurgicale et être en état de saisir l'indication de cette intervention.

Parlerai-je encore de la trachéotomie ou du tubage du larynx dans le traitement du croup? Nous savons tous, comme Van Swieten l'enseignait déjà, que la trachéotomie n'est pas une médication de la maladie, mais qu'elle permet au malade de vivre et donne au médicament le temps de guérir. Il n'en est pas moins vrai que cette opération a ses indications positives et que tout médecin doit les connaître.

Je vous dirai encore un mot des grandes hémorrhagies. La soudaineté de leur apparition, le péril qui les accompagne, font de ce symptôme un de ceux qui engagent le plus la responsabilité du médecin et par conséquent exigent de sa part une science certaine, une décision rapide.

Nous n'ignorons point les propriétés héroïques de l'Ipecacuanha, de l'Hamamelis, de l'acide phosphorique et de quelques autres médicaments pour combattre les hémorrhagies. Mais si ces médicaments ont été donnés en vain, si le tamponnement pour les hémorrhagies auxquelles ce traitement est applicable, reste impuissant, vous ne serez pas cependant désarmé: l'injection de 500 à 1.000 gr.

de sérum artificiel dans le tissu cellulaire arrêtera les hémorrhagies les plus graves et détruira, pour un temps, la tendance à leur retour. Ces injections sous-cutanées remplaceront absolument la transfusion du sang qui a donné de si merveilleux résultats, mais dont la pratique est entourée de grandes difficultés.

Je rappellerai encore qu'une cause de succès pour nos adversaires est leur connaissance approfondie de la *médication palliative* et de ce que l'on a appelé l'*hygiène thérapeutique*. Si nous lisons les leçons cliniques ou les livres des médecins placés au premier rang dans l'école allopathique, nous sommes frappés de la faiblesse de leur thérapeutique curative. La contradiction s'y heurte à chaque pas avec le scepticisme. Si j'osais m'exprimer dans un langage vulgaire, je dirais qu'ils *bafouillent* avec ensemble; mais quand il s'agit de faire disparaître une douleur, de supprimer un symptôme gênant ou dangereux, ils ont une véritable richesse d'agents thérapeutiques, et s'ils ne guérissent pas la maladie, ils soulagent le malade qui leur en est toujours reconnaissant.

Quant à l'*hygiène thérapeutique*, cette partie de la science a fait de très grands progrès dans ces derniers temps. Le régime alimentaire, si difficile à régler dans les maladies aiguës et chroniques, a été étudié avec le plus grand soin et joue un rôle considérable dans la guérison des maladies. Nous avons certainement des médicaments merveilleux pour la dyspepsie, mais si nous ignorons le régime alimentaire qui convient à chacune d'elles, nous n'obtiendrons avec les médicaments que des améliorations passagères, mais jamais de guérison.

Je ne terminerais pas si je voulais parler de la gymnastique, du massage, de l'hydrothérapie et de la climatolo-

gie. Qu'il me suffise de les signaler à mes confrères en leur rappelant, comme exemple, qu'aucun médicament ne vaut le séjour aux bords de la mer pour le traitement de la scrofule et l'habitation dans les altitudes pour le traitement de la phtisie.

D[r] P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Sulphur et selenium

Sulphur

La Thérapeutique homœopathique (1) se sert du *soufre* en nature, à l'exclusion des sulfures alcalins (base des eaux minérales sulfureuses), des acides sulfureux et sulfhydriques. On en fait des triturations au moyen desquelles on s'élève aux dilutions. La teinture-mère de *soufre* est elle-même une dilution, au moins égale à la troisième : c'est une macération de fleur de soufre dans l'alcool. Mais ce que nous savons des eaux minérales sulfureuses concorde parfaitement avec la pathogénésie hahnemannienne, obtenue par les plus petites doses. C'est un de nos premiers médicaments par l'importance, dont nous aurons à étudier plus tard les rapports avec *Hepar sulfuris*.

Il n'y a guère de toxicologie propre au *soufre* en nature : il produit de la diarrhée, et l'on trouve de l'acide sulfhy-

(1) Nous empruntons encore à la *Revue Française d'Homœopathie*, ce passage du travail posthume de notre ancien collaborateur H. Piedvache.

drique dans toutes les sécrétions, excepté dans l'urine qui élimine le métalloïde à l'état de *sulfates*. L'acide sulfureux, au contraire, mêlé à l'air inspiré, cause des ophtalmies, des bronchites aiguës, des pneumonies. En quantité suffisante, et dans une atmosphère confinée, il produit l'asphyxie attribuée au spasme de la glotte.

Quant à l'*Acide sulfhydrique* (gaz des fosses d'aisances), les accidents en sont vulgaires. A dose modérée : céphalée, vertiges, pâleur de la face, pouls faible et fréquent ; nausées, coliques, diarrhée, ophtalmies spéciales. Avec une proportion très forte du gaz dans l'air : respiration accélérée, puis ralentie, contractions cardiaques affaiblies, pouls lent ; perte de connaissance, convulsions générales, pupilles dilatées ; asphyxie par paralysie respiratoire.

Polychreste de premier ordre, *Sulphur* agit toutefois spécialement sur la peau et les muqueuses. Les analogues sont : *Lycopodium*, *Pulsatilla*, *Phosphorus*, *Calcarea*, *Natrum muriaticum*, sans compter le plus voisin, *Hépar sulf.*

On a dit de lui qu'il était comme le pivot de notre matière médicale et donnée comme grande caractéristique de son emploi l'état languissant de la réaction. Toujours est-il qu'il est très utile dans les maladies aiguës et chroniques, lorsque les remèdes les mieux choisis échouent. La psore, telle que la comprenait Hahnemann, a fait son temps ; mais ce qui reste vrai, ce sont les faits : l'existence d'éruptions anciennes, d'un prurit habituel, caractérise admirablement le soufre. Il est encore désigné par un tempérament spécial : lèvres rouges, rougeur des autres orifices et en particulier du bord des paupières, orifices qui sont douloureux et brûlants ; teint clair ; mauvaise odeur de la sueur : grand penchant pour les boissons alcooliques ; délicatesse générale et marche

courbée, à cause de la faiblesse de la colonne vertébrale.

La pléthore veineuse, commune aux hémorroïdaires, fait encore partie des désignations générales de *Sulphur* ; et aussi la tendance aux congestions : rougeur de la face et congestion de la tête, sensation d'afflux de sang au cœur, la nuit principalement, avec palpitations violentes, suffocation, besoin d'air immédiat. Cette caractéristique ne répond pas aux bouffées de chaleur de la ménopause, mais à celles de la chlorose : il y a en effet la même tendance au refroidissement des extrémités, et la sensation de défaillance épigastrique (comp. ; *Lachesis*). Nous lui comparerons plus tard *Lachesis* sous ce rapport.

Avec *Sulphur*, l'amaigrissement va jusqu'au marasme : il est analogue à celui de l'*iode* et du *sel marin*. La ressemblance avec l'*iode*, de ce côté, est complétée par les adénites chroniques : aussi est-il d'un précieux secours dans le marasme des enfants (comp. : *Calcarea* et *Phosph.*). On prétend que le soufre est spécialisé par trois symptômes, qui sont une faim vive, et l'aggravation de tous les symptômes à 11 heures du matin, chaleur au sommet de la tête, et froid aux pieds. Quoi qu'il en soit, l'application à la scrofule et à la tuberculose est facile à déduire.

Ajoutons pour compléter la physionomie générale du médicament, les caractères tirés du moral : sujets anxieux, pusillanimes, ayant peur de tout et sujets, en outre, à des emportements violents ; paresse d'esprit alternant avec une irritation excessive. De telles tendances se retrouvent à propos des hémorroïdaires et des goutteux.

En résumé, c'est sur tout l'ensemble des fonctions végétatives que se porte l'action du *Sulphur* ; mais cette action est moins profonde que celle du *Phosph.* et de l'*Arsenic*. Dans la même classe des métalloïdes : il attaque davan-

tages le réseau capillaire et les vaso-moteurs, et les derniers la cellule. Peut-être est-ce pour cela que les effets thérapeutiques du premier, bien que souvent décisifs, semblent ordinairement moins profonds? Puisque les lésions de la peau dominent la pathogénésie et la thérapeutique de *Sulphur*, voyons ce qui les distingue. Le caractère le plus important est le prurit : au lieu d'être pénible et primitivement brûlant comme celui de l'*Arsenic*, il y a quelque chose de voluptueux et d'irrésistible ; il est nocturne, fourmillant à la façon de l'*Aconit*, brûlant seulement après s'être gratté. La sueur survient facilement et s'accompagne parfois de miliaire rouge sudorale, J'ai insisté plus haut sur la mauvaise odeur de la sueur. Le soufre cause de l'urticaire, des furoncles, de l'acné, de l'eczéma et de l'impétigo, de l'érythème par larges plaques desquamant abondamment. Les éruptions humides l'emportent toutefois beaucoup sur les exanthèmes secs, tandis que c'est le contraire pour l'*Arsenic*. L'acné est caractéristique, les gerçures fréquentes et saignantes : l'alopécie est à noter. C'est en somme, aussi bien le tableau des scrofulides que des herpétides. Pourquoi donc *Bazin*, dermatologiste des plus autorisés, proscrivait-il *à peu près* les eaux sulfureuses? Parce que rien n'est difficile comme l'administration des eaux sulfureuses, que l'abus des doses y dépasse les bornes et que, dans ces conditions, l'aggravation est la règle. Une autre raison est que le soufre, très précieux pour les croûtes de lait et l'impétigo des enfants, suffit rarement à la cure d'un eczéma, bien qu'il y soit fréquemment nécessaire pour donner l'impulsion. La clinique constate toutefois son efficacité pour les syphilides anciennes.

Sur les muqueuses, l'action se traduit par toutes les

variétés de catarrhes secs ou humides, rebelles et tendant à la chronicité, ayant plus d'affinité avec la scrofule qu'avec toute autre chose. C'est un coryza ulcéreux et croûteux, avec gonflement rouge et empâté du nez, sécrétion de mauvaise odeur; une otite externe suppurée; de la blépharite ciliaire, de l'eczéma des paupières; une conjonctivite papuleuse ou pustuleuse, accompagnée de beaucoup de photophobie; effets plus profonds encore du côté de l'œil : kératite ulcéreuse, iritis, opacité du corps vitré, asthénopie. Dans tous les cas d'affections oculaires, il faut noter l'aggravation nocturne, la sensation d'un corps étranger piquant, comme un fragment de verre, et la crainte qu'une goutte d'eau ne vienne toucher l'œil ou la face (comp. : *Conium*).

On a encore observé un écoulement urétral douloureux, propre à nous rendre compte des bons effets de *Sulphur* dans la *Gonorrhée rebelle*; une leucorrhée très abondante et excoriante, accompagnée de prurit vulvaire, d'où excellente application à la leucorrhée des jeunes scrofuleuses : *Con.* est encore ici le principal concurrent.

Nous avons annoncé que l'action sur la circulation est une des plus importantes en signalant la pléthore apparente due aux troubles vaso-moteurs et à la plénitude de la veine porte habituelle aux hémorroïdaires. Aussi le médicament est-il, chez eux, d'un usage fréquent, soit pour combattre les hémorroïdes enflammées et douloureuses qui sont dans sa pathogénésie (comp. : *Nux.*, *Aesc.*, *Ars.*), soit pour corriger les états congestifs divers qui y sont liés : céphalalgie avec rougeur foncée de la face et bourdonnements d'oreilles; congestion pulmonaire suivie d'hémoptysie et accompagnée de palpitations cardiaques, d'un pouls large et accéléré, d'augmentation

de la tension artérielle, d'un vif sentiment de suffocation imminente ; dans tous les cas, l'afflux du sang à la peau, sous la moindre influence, est tout à fait caractéristique.

En dehors des hémorroïdes saignantes, nous trouvons toutes les hémorragies, surtout l'épistaxis ; mais, avec le soufre, elles sont passagères et superficielles comme les fluxions qui les causent. D'autre part, l'aménorrhée est un effet des doses prolongées et complète le tableau de la chlorose (comp. : *Puls.*). Les hémorrhagies, dues au soufre, sont si bien connues qu'elles passent généralement, bien à tort du reste, pour des contre-indications des eaux sulfureuses.

Les troubles circulatoires comprennent des accès fébriles intermittents, caractérisés par la prédominance du froid, une horripilation continuelle, des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes (comp. : *Silic.*).

L'appareil respiratoire est un des plus affectés par *Sulphur* : aphonie avec cuisson, sensation d'excoriation au larynx, aggravation par le froid humide (Phtisie laryngée, comp. : *Phosph.*, *Ac. nitr.*, *Hépar.*, *Arg. nitr.*). La toux est sèche, brève, ébranlante, continue, principalement nocturne, provoquée, comme celle de *Conium*, par les inspirations profondes et la parole, provoquant des secousses de tête et des douleurs dans la poitrine. La toux, d'autres fois, est grasse, avec expectoration verdâtre, ayant goût d'œufs pourris. La toux nocturne ne cesse qu'en se dressant sur son séant (comp. : *Hyosc.*)

C'est un remède efficace (aux dilutions moyennes et hautes) des *congestions pulmonaires actives* dont le type fréquent de poussée thermale offre la plus fidèle image. Les médicaments de la *pneumonie* étant à peu près les mêmes que ceux de la congestion pulmonaire (comp. :

Bry., *Phosph.*, *Ipéc.*, *Tart. em.*, etc.), on a dû, dès longtemps, songer à *Sulphur* pour la première. Nos confrères américains ont même pensé qu'il pouvait la juguler au début; mais la possibilité de la jugulation d'une maladie aiguë cyclique est sans doute résolue par la négative. Ce que la clinique nous enseigne, c'est l'extrême ressemblance, en cette circonstance, en *Phosphorus* et la difficulté de leur différenciation. *Farrington* préconise le soufre dans la pneumonie avec prostration excessive d'apparence typhoïde, et lorsque la résolution tarde à se faire, aussi lorsque l'on craint une tuberculisation consécutive. Ludovic de Parseval y avait recours dans les cas où nous employons le phosphore et, à la même période, avec un incontestable succès. Je crois cependant qu'il faut tenir compte des signes indicateurs empruntés à la matière médicale et rappelés par le Dr P. Jousset : *fièvre violente*, *face vultueuse*, *sueurs profuses*. S'il m'est permis d'invoquer mon expérience personnelle, je dirai que j'ai réussi visiblement avec le *Sulphur*, dans des cas où le phosphore ne modifiait pas la marche, ou d'emblée dans des formes graves, en me réglant sur les trois signes du Dr P. Jousset. J'ai vu également fréquemment le soufre, dans la broncho-pneumonie de la rougeole, faire disparaître en quelques jours des *noyaux de splénisation* datant de plusieurs semaines, en même temps que la fièvre tombait définitivement (Dose : 12 à 30 centigrammes). Dans la pleurésie, les signes qui font employer le médicament sont : point de côté extrêmement aigu traversant la poitrine du mamelon gauche au dos, aggravé au moindre mouvement, épanchement excessif, et surtout échec des autres remèdes (comp. : *Bry.* et *Hepar sulf.*).

Les conditions de l'emploi du soufre dans la *Bronchite*

chronique sont l'énorme accumulation du *muco-pus*, la suffocation par les quintes de toux, avec palpitations du cœur, la provocation de la toux par la position horizontale, la fièvre nocturne et l'état congestif de la face (comp. : *Tart. em.*).

Dans la phtisie, *Sulphur* est souvent utile au début; de préférence dans les phases congestives, ainsi que nous l'avons dit, et aussi dans la troisième période (comme dans la bronchite chronique, en insistant sur la fièvre et les sueurs nocturnes : comp. *Silicea*).

On n'attend pas de nous que nous donnions ici les règles de la thérapeutique thermale sulfureuse; je me contenterai de dire, d'abord, que les maladies aiguës sont hors de cause, et que, dans les affections respiratoires chroniques, les indications, résumées plus haut, pourraient suffire, en ajoutant que les doses doivent être d'autant plus petites et les suspensions plus nécessaires que le processus aura plus d'acuité. C'est ainsi qu'à Eaux-Bonnes même on peut guérir, quoi qu'on ait dit, des hémoptysies rebelles.

Si nous passons au système nerveux, nous voyons d'abord que le vertige est assez caractéristique : il se produit pendant la marche, s'accompagne de nausées et se fait remarquer par une propension à tomber en avant ou sur le côté. *Calc. Carb.* diffère ici très peu. La céphalalgie a déjà été signalée, avec son caractère congestif : il y a des pulsations dans la tête et une aggravation marquée en se baissant et par le mouvement. A ce propos, la clinique a montré les bons effets du médicament pour combattre la tendance à l'hydrocéphalie chez les enfants et même la méningite à la deuxième période, lorsqu'existent les caractéristiques générales. Dans tous les cas, la clôture

tardive des fontanelles, dans le jeune âge, est un excellent signe de *Sulphur*.

C'est un remède de névralgies variées, surtout périodiques, aggravées le soir et la nuit et par le froid, améliorées par la chaleur (comme *Ars.*). La prédilection est marquée pour le côté gauche ; il y a de l'agitation, des rêves effrayants, des cauchemars. Si nous y joignons l'hébétude, le bredouillement, nous comprenons immédiatement pourquoi il rend des services dans les attaques congestives des déments et des paralytiques généraux. La ressemblance avec la démence paralytique est complétée par le délire incohérent, les illusions de la vue et les idées de grandeur, de richesse. Viennent ensuite, dans l'ordre de la similitude, la lipémanie avec stupeur et le délire hypocondriaque ; des convulsions épileptiformes ; un tremblement choréique, qui en fait un médicament de la chorée vers la fin ; de la parésie avec trémulation des membres, et démarche précipitée, le désignent pour la péri-encéphalite diffuse.

Sulphur, je l'ai dit, convient souvent aux goutteux et ses effets sur l'appareil locomoteur viennent justifier cette convenance ; il produit, en effet, l'arthrite du gros orteil, accompagnée de douleur très aiguë, de gonflement et de rougeur foncée de l'article : ajoutons-y les signes de l'arthrite sèche. S'il est vrai que cela justifie l'usage banal des bains sulfureux dans le traitement des arthrite chroniques et des tumeurs blanches, on se trouve souvent mieux encore des atténuations plus ou moins élevées à l'intérieur.

Je termine par l'appareil digestif, en énumérant les symptômes suivants : stomatite aphteuse ; soif excessive, que la boisson n'apaise pas toujours (comp. : *Ars.*) ;

inappétence ou boulimie ; amygdalite, catarrhe chronique du pharynx avec sécheresse, râclement, sensation de corps étranger, contraction spasmodique ; l'heureux emploi de l'eau d'Enghien, dans ces cas-là, est donc parfaitement homœopathique.

La gastralgie est intense, procédant par longs accès et va de pair avec la dyspepsie, dont voici les particularités : rougeur du visage et céphalalgie gravative aussitôt après le repas, frissons, palpitation, dyspnée, pyrosis intense, sensibilité du toucher, ballonnement du ventre, rapports sulfureux ou acides, alternances de diarrhée et de constipation, congestion et tuméfaction du foie : le pyrosis est le signe qui distingue le mieux le soufre de *Nux vom.* Même convenance d'ailleurs aux hémorroïdaires et aux alcooliques. Aussi bien la clinique a encore désigné le mal de mer, les vomissements de la grossesse, la dyspepsie qui suit la diète lactée, les engorgements chroniques du foie, avec ou sans ascite, la péritonite, la colite du côlon transverse, lorsque la douleur est aggravée en se courbant en avant. C'est un bon médicament de la constipation habituelle (concordance des conditions générales de la santé) et, inversement, ce qui ne nous étonnera jamais en homœopathie, de deux sortes de diarrhée : diarrhée du matin (comp. : *Bry.*, *Phosph.*, *Dioscor.*) ; lientérie (comp. : *Phosph.*, *Chin.*, *Ferr.*, *Oleand.*). On a dit enfin que *Sulphur* était efficace comme traitement préventif du choléra, en temps d'épidémie.

Dans presque toutes les souffrances abdominales où *Nux* est indiqué, son action est heureusement complétée par *Sulphur* employé après.

Quant aux doses, elles sont très variables ; mais on n'oubliera jamais que c'est un des médicaments auxquels

les doses infinitésimales conviennent le mieux et donnent les plus grands succès.

Sélénium.

Isomorphe avec le *Soufre*, le *Sélénium* ne lui ressemble pas moins à titre de médicament, et son rôle de succédané peut être étendu à toutes les sphères d'action de son congénère. S'il n'est pas aussi usité que celui-ci, c'est précisément parce qu'il lui ressemble trop. Il n'est peut-être pas moins analogue au *Phosphore*. Nous n'insisterons donc que sur deux actions électives de ce métalloïde : le *larynx* et le *système nerveux*.

La voix est couverte, rauque et le *Sélénium* produit d'encourageants effets dans l'*enrouement des chanteurs*, lorsque l'enrouement arrive dès que l'on commence à chanter, dans l'enrouement des avocats et des prédicateurs, dont la voix est fatiguée par un trop long usage (comp. : *Ar. triph.*, *Caust.*, *Phosph.*). Il y a, le matin au réveil, une toux fatigante suivie d'une expectoration muqueuse claire, souvent sanguinolente : succès dans la *laryngite folliculeuse*, et au début *des laryngites tuberculeuses*. Rien de particulier à dire des autres effets propres à l'appareil respiratoire, sinon que les empoisonnements provoqués chez les animaux ont montré, à l'autopsie, des noyaux de congestion et d'hépatisation pulmonaire.

Du côté du système nerveux, la dominante paraît être un épuisement des forces, de l'affaiblissement intellectuel, une impossibilité de s'occuper de quoi que ce soit, principalement durant les chaleurs de l'été, avec une céphalalgie nerveuse revenant par accès, tous les après-midi, et une coïncidence fréquente d'impuissance géné-

rale : érections insuffisantes, faiblesse extrême après le coït, ou frigidité absolue. On s'est parfaitement trouvé du *Sélénium* dans l'épuisement par excès sexuels, ou pertes séminales, les affaiblissements consécutifs aux maladies aiguës, les maux de tête à la suite d'excès alcooliques.

Tous les symptômes semblent être aggravés le matin. C'est un remède particulièrement efficace chez les vieillards.

Dans un ordre différent d'idées, le remède serait supérieur à *Sulphur* pour la *Constipation* liée à l'inertie du gros intestin (comp. : *opium* et *plumb*). *Doses* : basses triturations et *dilutions* élevées.

H. PIEDVACHE.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA MÉDICATION CACODYLIQUE

A la Société des hôpitaux (1), M. DALCHÉ a fait une communication sur la *médication cacodylique*; nous l'avons rapportée dans notre dernière revue. Dans la séance suivante (2) trois communications ont été faites sur le même sujet, la première par M. DANLOS, la seconde par MM. WIDAL et PROSPER MERKLEN et la troisième de M. GAUTIER.

M. Danlos rappelle qu'il y a deux méthodes d'emploi du cacodylate de soude : la première, qu'il a employée, consistant à se servir de doses fortes, la seconde, celle de

---

(1) Séance du 23 février.
(2) Séance du 2 mars.

M. Dalché, a ne faire usage que de faibles doses. Il y aurait lieu d'expérimenter les deux méthodes sur des sujets analogues, mais « la Commission hospitalière des remèdes nouveaux a jugé à propos de proscrire l'acide cacodylique au moment précis où son utilité ne pouvait plus être mise en doute. »

Du reste, les résultats de cette médication dans la phtisie torpide paraissent bien établis : action inconstante, mais souvent très remarquable sur l'état général, augmentation des forces et de l'embonpoint; action inappréciable ou nulle sur les phénomènes stéthoscopiques.

MM. Widal et Prosper Merklen ont traité différents malades au moyen du cacodylate de soude en injections sous-cutanées quotidiennes de 5 ou 10 centigrammes; quelquefois de 2 centigrammes seulement.

Chez des tuberculeux avancés, atteints de lésions ulcéreuses ou de pneumonie caséeuse, la médication cacodylique n'a pas eu grande action. Par contre, chez des tuberculeux au début, ne présentant que des lésions encore localisées, le cacodylate de soude a relevé rapidement l'appétit et les forces et s'est montré un excellent adjuvant des divers traitements médicamenteux ou hygiéniques tentés contre la tuberculose.

Administré chez deux leucocythémiques, chez une femme atteinte d'adénie et chez un homme porteur d'un lymphadénome du cou, le cacodylate a réveillé, pendant un temps, l'appétit et l'énergie, mais est resté sans effet sur l'évolution générale de la maladie et sur la formule leucocytaire du sang de ces sujets.

Les recherches qu'ils ont faites sur le sang de malades atteints d'affections les plus diverses ont montré qu'aux

doses indiquées le cacodylate de soude ne déterminait pas, en général, une augmentation du nombre des globules blancs. Dans quelques cas seulement, ils ont noté une légère multiplication du nombre des leucocytes, avec polynucléose.

Il n'en est pas de même des globules rouges, dont le chiffre augmente dans des proportions considérables sous l'influence du cacodylate. Ce fait mérite toute notre attention, car là est peut-être le secret de l'action stimulante du médicament.

En pratiquant des numérations jour par jour et même souvent heure par heure chez différents malades, ils ont essayé d'étudier les lois qui régissent cette poussée globulaire survenant sous l'influence des injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Le sang examiné a été puisé au bout des doigts.

Un premier fait s'est imposé à leur observation, à savoir, que l'augmentation du nombre des hématies variait suivant les sujets et qu'elle était souvent d'autant plus marquée que le malade était plus anémique.

En voici quelques exemples.

Chez une chlorotique dont le sang contenait 1.178.000 globules rouges par millimètre cube, les injections quotidiennes de 5, puis de 10 centigrammes de cacodylate de soude firent doubler le chiffre des hématies, qui resta oscillant autour de 2.000.000 ; une seule fois, trois quarts d'heure après la première injection, il atteignit le chiffre de 2.821.000.

Chez un malade atteint de leucémie myélogène, le chiffre des globules rouges était de 1.302.000 ; après une injection de 5 centigrammes de cacodylate de soude, il se

mit à osciller rapidement entre 2.000.000 et 2.500.000 et n'atteignit qu'une seule fois le chiffre de 3.162.000.

Le sang d'une femme atteinte d'adénie contenait 2.139.000 globules rouges par millimètre cube. Le cacodylate, injecté à la dose quotidienne de 10 centigrammes, fit rapidement monter le nombre des hématies, dont le chiffre oscilla entre 3.000.000 et 4.000.000 et s'éleva même certain jour à 4.512.000

Chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire au troisième degré, le chiffre des globules rouges, qui était de 2.666.000, s'éleva après injection quotidienne de 5 centigrammes pour osciller entre 3.000.000 et 3.200.000.

Chez une tuberculeuse pulmonaire au premier degré le chiffre des globules rouges, de 3.038.000, s'éleva pour osciller entre 4.000.000 à 4.800.000, après plusieurs injections quotidiennes de 2, puis de 5 centigrammes de cacodylate de soude.

Il est à remarquer que l'augmentation du nombre des hématies est d'autant plus considérable qu'on agissait sur des malades où leur taux était le plus bas; que chez les malades ayant une richesse globulaire normale, le cacodylate de soude ne produisait aucune augmentation de globules ; que chez les anémiés le taux des globules est augmenté, sans atteindre la normale ; que cette augmentation persiste pendant quelque temps après la cessation du traitement.

Les mêmes auteurs signalent la rapidité extrême de cette augmentation. Ainsi chez une chlorotique le nombre des globules rouges s'est élevé de 1.178.000 à 2.821.000, trois quarts d'heure après la première injection de 5 centigrammes de cacodylate; chez un tuberculeux une injection de 2 centigrammes de cacodylate a élevé le nombre

des hématies de 3.038.000 à 3.689.000 après une demi-heure, à 4.712.000, après une heure et à 4.929.000 après trois heures.

Les mêmes auteurs ont fait des recherches analogues sur des lapins, avec des doses proportionnellement plus fortes; ils ont observé aussi une augmentation sensible du nombre des hématies.

MM. Danlos et Variot demandent à M. Widal comment il peut expliquer cette augmentation si rapide des globules rouges. Il répond que, jusqu'à présent il ne peut donner aucune explication du fait, qu'il s'est borné à rapporter.

M. Gautier, qui est le promoteur de la médication cacodylique, a fait sur cette question une communication très intéressante :

Il établit d'abord qu'il n'y a qu'un seul mode d'application, c'est l'injection hypodermique; l'acide cacodylique injecté sous la peau est absolument inoffensif; introduit par le conduit gastro-intestinal, c'est un produit instable qui peut facilement se transformer en un produit toxique, oxyde de cacodyle ou autres dérivés analogues, produisant cette odeur d'ail, très désagréable, très fatigante, de la peau, de l'haleine et des urines.

Les symptômes produits par le cacodylate ainsi transformé sont des troubles gastro-intestinaux, des douleurs épigastriques, de l'anorexie, de la fatigue générale, quelquefois de la diarrhée, et de l'amaigrissement. Tels sont les inconvénients du médicament administré par la bouche.

Par le rectum, on obtient des sécrétions glaireuses, de la rectite, et toujours cette odeur alliacée.

Enfin, par la voie gastro-intestinale, on a, en général,

une action défavorable sur les reins dont la perméabilité diminue, qui peuvent même se congestionner et donner de l'albuminurie passagère.

Le professeur Teissier (de Lyon) a observé les mêmes faits et voici ce qu'il écrit à M. Gautier :

« Plusieurs de mes malades de l'Hôtel-Dieu, qui avaient des urines normales avant la mise en observation, ont fait de l'albuminurie (transitoire, je le veux bien) après le traitement par les *injections rectales* à doses modérées (0 gr. 01 à 0 gr. 015 de cacodylate de soude par jour). D'autre part, une de mes clientes que je soigne depuis dix ans pour une maladie de Basedow fruste, et qui n'avait jamais eu d'albuminurie, sous l'influence de la première quinzaine du traitement par le cacodylate (*en injections rectales toujours*) a eu une forte proportion d'albumine qui a disparu d'ailleurs avec la cessation du médicament ».

Par la voie hypodermique, au contraire, que M. Gautier emploie depuis trois ans, il n'a jamais observé aucun inconvénient. « En un mot, par la peau, on introduit un médicament puissant et inoffensif, l'acide cacodylique; par le tube gastro-intestinal, on en détruit au moins en partie les effets, en le transformant en un autre corps éminemment toxique et irritant, l'oxyde de cacodyle. »

M. Gautier croit que le cacodylate de soude agit favorablement sur la tuberculose pulmonaire, non seulement en augmentant l'appétit et en relevant les forces, mais qu'il a une action favorable sur la maladie elle-même.

Il a publié deux cas de tuberculose au second degré, l'un guéri, l'autre l'autre profondément transformé. Il s'agissait dans le second cas d'un malade fiévreux (38,8 et 39° le soir) hémoptysique, toussant, fatigué de sueurs

nocturnes, à bout de force, ne mangeant plus, ayant des craquements humides dans le haut du poumon gauche et dans presque toute la partie sous-scapulaire postérieure. Le poumon droit commençait à se prendre.

Sous l'influence du cacodylate, l'appétit revint presque aussitôt. Aujourd'hui le poumon droit est complètement normal, les râles humides ont presque entièrement disparu du poumon gauche ; l'appetit est excellent, les forces suffisantes, la toux presque nulle, le poids est passé de 50 à 66 kilogrammes et à un moment à 69, si bien que la malade vient de résister victorieusement à une attaque d'influenza avec des températures de 39,9 le soir. Il est vrai d'ajouter que ce traitement dure depuis deux ans et demi et qu'il faut persévérer dans les cas graves.

Plusieurs médecins, entre autres MM. Letulle, Bucquoy, Brissaud et Guillemet (de Nantes), lui ont signalé des cas très favorables.

M. Gautier conclut que le cacodylate de soude peut être employé durant plusieurs années sur les mêmes personnes sans que l'accoutumance s'établisse. Toujours, si l'appétit a disparu, il revient dès la troisième ou quatrième injection de 0 gr. 03 à 0 gr. 06 ; et avec lui la température s'abaisse si elle est relevée ; qu'il y a avantage à donner concurremment de l'iodure de potassium à faible dose ; que cet usage prolongé même pendant des années ne produit ni altération du rein, ni congestion du foie ou de la rate, ni arsenicisme de sous aucune de ses formes. Seuls les cheveux deviennent plus longs, plus opulents, plus fournis, ainsi que tout le système pileux ; la voix prend de la clarté, et de la force, et les fonctions semblent rajeunir comme le sang.

M. Rendu a employé cette médication chez quelques tuberculeux, mais ses observations sont insuffisantes, les deux malades soumis aux injections ayant quitté trop vite l'hôpital pour qu'on ait pu avoir des résultats appréciables; on peut cependant dire que l'état général et les forces paraissaient se relever sous l'influence du traitement.

M. Barth a employé les injections hypodermique chez une vingtaine de tuberculeux avec des résultats vraiment très satisfaisants : l'appétit s'est relevé ainsi que les forces, le poids a augmenté, l'anémie a disparu, les signes d'auscultation se sont modifiées dans un sens favorable.

Dans une séance ultérieure (1) M. Al. Renault vient donner une observation d'épithélioma de la langue très amélioré par le cacodylate de soude administré sous forme pilulaire.

Cacodylate de soude } àà 5 centigrammes.
Extrait de gentiane }

Une pilule par jour, en commençant; augmenter d'une tous les trois jours jusqu'à quatre quotidiennement.

Il s'agit d'un malade atteint d'un épithélioma lingual existant depuis deux ans et trois mois. Le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen histologique.

Sous l'influence du traitement cacodylique, il s'est produit une amélioration absolument inattendue de l'état général et des lésions locales.

Les végétations, qui siégeaient sur les bords latéraux de la langue et au pourtour du frein, se sont en grande partie affaissées. Parallèlement, les troubles fonction-

(1) Séance du 16 mars.

nels tels que picotements, sensations d'ardeur et de chaleur à la bouche, difficulté de la mastication, ont presque disparu.

Nous conclurons de ces diverses communications que le cacodylate de soude est un médicament qui paraît destiné à nous rendre de grands services et que, pour notre part, nous sommes décidés à l'employer lorsqu'il nous paraîtra indiqué ; nous nous servirons de la voie hypodermique.

Dr MARC JOUSSET.

DE LA TYMPANITE HYSTÉRIQUE ET DE SON TRAITEMENT

La littérature médicale est, à notre époque, tellement encombrée de travaux bons et mauvais, et plus souvent mauvais que bons, que les meilleures choses passent inaperçues. En sorte que la richesse scientifique de nos temps ressemble fort à la pauvreté.

Il y a juste trente ans, en 1870, le Dr Jablonski publiait sous notre inspiration un travail sur la tympanite hystérique et son traitement. Le mécanisme de cette affection était étudié sur l'animal vivant. Des médicaments étaient indiqués, et enfin la ponction intestinale était conseillée et justifiée par des observations.

M. Bernard ignore complétement ce travail, comme le prouve un mémoire sur la *tympanite hystérique et neurasthénique* publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 11 mars 1900.

Le traitement de ces affections (*Indépendance médicale* du 18 avril) est en retard d'un demi-siècle. Chloroformisation répétée, électrisation, enveloppement de l'abdomen

dans un milieu humide et chaud, bains chauds prolongés, application de collodion, les antipasmodiques enfin, parmi lesquels on énumère l'opium et la belladone sur la même ligne, sans se douter que ces deux médicaments ont des actions diamétralement opposées. Il faut ajouter deux moyens nouveaux : la suggestion et l'isolement, en remarquant toutefois qu'il n'existe aucune observation justifiant l'efficacité de ces deux médications.

La tympanite hystérique est dans certains cas poussée à un tel degré que la dilatation énorme du ventre comprime les poumons, détermine un commencement d'asphyxie, et quand elle se prolonge, peut déterminer la mort. Il est donc utile pour le médecin praticien de rappeler ici les grandes lignes du travail du Dr Jablonski pour le guider dans le traitement souvent fort difficile de cette affection.

Le siège de la tympanite hystérique dont nous parlons en ce moment est dans l'intestin grêle ; et il est difficile de comprendre comment une production de gaz assez considérable pour distendre l'intestin grêle au point de déterminer l'asphyxie, ne s'échappe ni par les voies supérieures ni par le gros intestin. C'est pour arriver à trouver le mécanisme de cette occlusion intestinale que nous avions, en 1870, institué les expériences suivantes :

Après avoir ouvert la cavité abdominale d'un lapin, nous avons injecté dans l'intestin grêle un mélange de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, mélange qui a produit instantanément un très grand dégagement d'acide carbonique Une tympanite s'est produite, mais n'a pas duré, parce que les gaz s'échappèrent abondamment par le gros intestin. Ces premières expériences étaient donc nulles, parce que nous ne nous étions pas mis dans les

conditions où se développe habituellement la tympanite.

Nous avons recommencé les expériences en prenant les précautions suivantes : une toute petite incision était pratiquée à l'abdomen; une anse de l'intestin grêle était attirée dans cette incision. Un trocart était introduit dans la cavité intestinale, puis la paroi abdominale était suturée exactement, et alors le mélange indiqué précédemment était injecté par la canule du trocart dans l'intestin. Une tympanite considérable s'est développée presque instanément. Aucun gaz ne s'échappait par l'anus, et la tympanite persistait indéfiniment. Si alors on ouvrait largement la cavité abdominale, on pouvait constater que les anses intestinales, énormément développées renversées les unes sur les autres, s'étranglaient mutuellement et expliquaient ainsi l'occlusion intestinale, cause du tympanisme persistant de l'hystérie.

Aussitôt que la paroi abdominale était ouverte, la compression intestinale disparaissait. L'intestin était pris de grands mouvement péristaltiques, l'auto-compression des anses entre elles n'existait plus, les gaz s'écoulaient dans le gros intestin et la tympanite disparaissait.

De ces expériences, nous avions conclu que deux conditions étaient nécessaires pour la formation de la tympanite irréductible chez les hystériques; le développement considérable et instantané de gaz dans l'intestin grêle, et la résistance des parois abdominales.

Quant au traitement de cette affection, nous reconnaissons, avec M. Bernard, que les purgatifs qu'on est toujours tenté de prescrire ont une action défavorable et augmentent les douleurs

L'opium n'a qu'une action palliative. Il calme les douleurs quelquefois très vives dans cette affection, mais il n'a aucune action sur la guérison de l'affection.

La belladone est préférable à la dose de 1 à 5 centigrammes de poudre répétée toutes les 2 heures. Elle produit presque toujours des selles liquides et a quelquefois amené la guérison.

De fortes doses de teinture-mère de noix vomique et de bryone ont aussi quelques succès.

Mais le médicament qui réussit le plus souvent dans le traitement de la tympanite hystérique est le *Taraxacum leontodon*, le vulgaire pissenlit. Ce médicament, dont j'ai trouvé l'indication dans une thèse de 1840 du Dr Josa, m'a donné des succès dans les cas extrêmement graves et chez des malades qui, dans les accès précédents, n'avaient été guéris que par la ponction instinale.

Je prescris le taraxacum en teinture-mère, à la dose de trois gouttes par cuillerée, une cuillerée toutes les heures. L'action de ce médicament est très prompte, et souvent, après les premières cuillerées, les gaz commencent à être évacués.

De la ponction intestinale dans la tympanite. — Quand tous les médicaments ont échoué, et qu'il existe un commencement d'asphyxie, la ponction de l'intestin est indiquée.

La première fois que nous avons employé ce moyen, nous avions appelé le docteur Alphonse Guérin pour pratiquer l'opération. Cet éminent chirurgien hésitait beaucoup, il redoutait de développer une péritonite, et c'est en m'appuyant sur des exemples d'opérations analogues pratiquées plusieurs fois, et sur les enseignements de Récamier qui avait conseillé 5 ou 6 fois cette opération avec succès, qu'Alphonse Guérin se décida à ponctionner l'intestin grêle dans l'endroit où il était le plus saillant, avec

un trocart extrêmement fin. Il n'y eut aucun accident et la malade guérit.

Quand la ponction intestinale est indiquée, elle doit être pratiquée de la manière suivante : Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, un trocart très fin est enfoncé d'un seul coup dans une anse intestinale qui fait saillie au-dessous de la peau. Des gaz inodores s'échappent en sifflant par la canule, puis l'écoulement gazeux s'arrête. Il faut alors, sans hésiter et séance tenante, ponctionner les autres anses intestinales, jusqu'à ce que la pression déterminée par le développement de l'intestin ait disparu. Les gaz reprennent alors leur voie naturelle et l'accès est guéri.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

L'APPENDICITE

Formes et traitement.

L'appendicite présente diverses formes, graves ou bénignes évoluant différemment suivant les sujets, et offrant certaines complications auxquelles le même traitement ne saurait convenir. Ce sont ces formes et leur traitement que M. le docteur A. Broca étudie dans sa plaquette sur l'*Appendicite*. Nous inspirant de cette *Actualité médicale*, nous nous attacherons à reproduire aussi exactement que possible la pensée de l'auteur.

L'appendice est un prolongement, un diverticulum du cœcum. Il présente la même structure que lui dans ses grandes lignes, avec un développement considérable de l'appareil lymphoïde, surtout chez l'enfant, dont le système lymphatique est toujours prédominant.

Quoi d'étonnant à ce que cet appareil, pour une cause variable, s'enflamme et donne lieu par propagation à tous les phénomènes de perforation, abcès, péritonite localisée ou diffuse que nous observons au cours de l'appendicite.

Et c'est en effet ce qui arrive. Les recherches histologiques ont montré que l'inflammation de la muqueuse appendiculaire était due à une folliculite. De là, la lymphangite gagne de proche en proche, perfore la paroi et intéresse le péritoine qui réagit à sa manière, suivant la virulence et l'abondance des microbes inoculés.

L'appendicite n'est, en somme, qu'une *entérite* de l'appendice. Entérite qui présente une gravité exceptionnelle, par suite de la structure de l'organe et de sa richesse en follicules clos.

Que maintenant un calcul stercoral, un pépin de raisin vienne à se loger dans la lumière du canal enflammé, ou que la muqueuse, mamelonnée, turgescente, oblitère ce canal sur une partie de son parcours, et nous aurons la *cavité close* de M. Dieulafoy qui, en effet, donnera lieu à une irritation, à une aggravation des lésions, mais dont l'origine sera toujours une inflammation préalable de l'appendice. C'est donc la lymphangite, et non la cavité close qui est la cause de tout le mal.

M. Reclus, voulant tout concilier, s'est efforcé de montrer, qu'ici comme dans tout foyer purulent, la *stagnation* aggrave la lésion.

En résumé : « Une entérite, de cause variable, se perpé-

tue, en raison de conditions anatomiques spéciales, dans l'appendice vermiculaire ; dans son essence, le processus est chronique, mais il est sujet à des échauffements extrêmement variables dans leur accuité, leur fréquence, leur gravité, leurs conséquences, leur thérapeutique. Et de là, autant de formes cliniques. »

Formes chroniques. — Certains malades, depuis de longues années, quelquefois depuis leur enfance, se plaignent de douleurs abdominales diffuses, mal caractérisées et souvent mal localisées. Ils ont des coliques fréquentes avec constipation opiniâtre. Si toutefois on procède à un interrogatoire minutieux, ils indiqueront la fosse iliaque droite comme le siège de prédilection de la douleur. Une palpation attentive, bimanuelle, fera sentir un léger empâtement dans la région iléo-cœcale. Quelquefois un gros cordon, qui n'est autre que l'appendice enflammé, roulera sous les doigts.

Cette forme correspond à un appendice sclérosé devenu de plus en plus fibreux.

Mais, tout à coup, du jour au lendemain, peut éclater une crise aiguë, plus grave, avec fièvre brusque, s'élevant en quelques heures à 39° et 40°, pouls plein, régulier assez rapide, 90 à 100 pulsations. Survient du météorisme, quelques vomissements alimentaires, puis bilieux. La fièvre peut tomber, la crise s'arrêter là ; ou bien les phénomènes aigus s'accentuent et aboutissent à une péritonite localisée ou diffuse.

Appendicite aigue à péritonite circonscrite. — C'est de beaucoup la forme la plus fréquente. Elle correspond à ce que l'on appelait autrefois la typhlite.

Le début est marqué par une douleur brusque de la fosse iliaque droite qui prend le malade en pleine santé. Bientôt la douleur diffuse dans tout l'abdomen. Les vomissements se produisent, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés. En même temps le ventre se météorise. La maladie s'accompagne de fièvre ; le thermomètre monte à 39 et 40°, tandis que le pouls suit la même ascension et donne de 100 à 120 battements pleins et réguliers à la minute. La face est un peu grippée, la langue blanche et chargée. La constipation est la règle.

A la palpation, on sent les muscles abdominaux du côté droit en défense, qui résistent à la pression qu'on exerce sur eux. En appuyant son index au point de Mac Burney, on éveille le maximum de douleur.

Peu après, le ventre manque de souplesse ; on constate que la région est empâtée, douloureuse à la pression. Une tumeur se dessine, et l'on a ce que l'on appelait autrefois le *phlegmon de la fosse iliaque*.

A cette période, tout peut encore s'arranger. L'abcès peut devenir superficiel et s'ouvrir au dehors, ou bien se vider dans le rectum ou la vessie. La température tombe, la langue se nettoie, les gaz passent par l'anus et l'on assiste à la *résolution*.

Mais bien plus souvent, si l'on n'intervient pas, le pus fuse dans le péritoine, et le malade succombe à une péritonite généralisée.

A l'autopsie, on trouve un appendice perforé, baignant dans une collection purulente.

Péritonite aigue généralisée. — La péritonite peut affecter tous les degrés d'intensité et de diffusion, depuis le léger péritonisme marqué par quelques vomissements verts

avec léger météorisme, jusqu'à la septicémie péritonéale, mortelle en quelques heures.

La péritonite généralisée ne débute pas habituellement brusquement. Elle est d'ordinaire précédée d'une localisation dont nous avons décrit les étapes successives. Tantôt il se forme des abcès multiples dont l'ouverture peut procurer la guérison. Ou bien l'évolution plus sourde, plus lente de ces abcès et leur multiplication aboutit à une série de collections purulentes limitées par des adhérences généralisées.

Le tableau clinique est alors le suivant : le faciès est grippé ; les vomissements, d'abord porracés, deviennent bientôt noirâtres. La température manque, tandis que le pouls, mou, fuyant, inégal, s'affole et donne jusqu'à 160 et 180 pulsations. Et bientôt on a la sensation « d'une ondulation presque imperceptible, à battements incomptables. *Discordance du pouls et de la température, tel est le symptôme dominant de la péritonite aiguë généralisée.*

Quelquefois la péritonite se généralise d'emblée. Et alors on observe deux formes de cette généralisation.

La *péritonite purulente proprement dite* débute brusquement. Les douleurs sont vives dans les fosses iliaques, avec maximum d'intensité à droite. Des vomissements se produisent, d'abord alimentaires, puis bilieux, et enfin fécaloïdes. La constipation est absolue, les gaz ne passent plus par l'anus. Le météorisme est peu marqué. La discordance entre le pouls et la température n'est pas extrême. La palpation ne laisse rien révéler du côté de l'appendice ; mais si l'on pratique le toucher rectal, on constate que le cul-de-sac pelvien est rempli.

Cette forme peut durer 8, 10, 15 jours, et permet dès lors d'instituer un traitement. Elle est presque toujours

mortelle ; toutefois une tendance à la localisation peut se produire, tendance qui se manifeste par une série d'abcès péritonéaux que l'on peut guérir par des ouvertures successives.

La seconde forme, la *péritonite septique diffuse* a un début plus insidieux. La douleur est médiocre, sans localisation. Il y a de la diarrhée et peu de météorisme. La température, après s'être élevée, tombe rapidement à 37° ; le pouls au contraire, rapide et faible, bat irrégulièrement et de plus en plus vite. La discordance est absolue. Le faciès est grippé, le teint plombé ; et le malade succombe intoxiqué en quatre ou cinq jours, quelquefois en quarante-huit heures.

Traitement. — Le traitement variera nécessairement avec les diverses formes d'appendicite.

Et d'abord, il y a deux sortes de traitement : le *traitement médical* et le *traitement chirurgical*, qui, loin de s'exclure l'un l'autre, se prêtent un mutuel concours.

Le traitement médical consistera dans le repos le plus absolu, la médication opiacée, la diète rigoureuse, l'application de glace sur le ventre. Il s'agit avant tout d'immobiliser l'intestin, de lui permettre de contracter des adhérences ; adhérences qui seront le salut du malade. Rien n'est nuisible comme les purgatifs et les lavements que ne manque pas de prescrire tout médecin qui se trouve en présence d'une constipation opiniâtre, quelle qu'en soit la nature. Le but du traitement médical sera de faire avorter une crise aiguë ou de l'empêcher de se produire, afin de permettre au chirurgien d'*opérer à froid*, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de réussite.

Et c'est dans ce sens que la phrase de M. Dieulafoy est

vraie : *Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.* Tout doit concourir à ceci : Pénétrer sans danger dans la cavité abdominale et réséquer l'appendice, si possible.

Mais encore une fois, avant d'ouvrir le ventre, faut-il choisir son moment. Opérer à chaud, c'est mettre de son côté toutes les chances de mort, que précisément, dans bien des cas, l'on pourra éviter par un traitement préalable.

Ceci résulte d'ailleurs des statistiques de M. A. Broca.

De 1892 à 1895, au commencement de sa pratique chirurgicale à l'hôpital Trousseau, il opérait dès le début toute appendicite. Et bien, durant cette période, sur 87 opérations, il a eu 22 décès. De 1896 à 1898 au contraire, alors que l'expérience avait ralenti son zèle opératoire, et lui avait appris à temporiser, sur 100 malades opérés, il n'avait plus que 10 décès. Ces chiffres se passent, je crois, de commentaires.

En résumé ;

Le dernier terme du traitement de l'appendicite est l'opération.

Cette opération doit avoir lieu autant que possible à froid. Et pour cela, instituer d'abord le traitement médical.

Ce traitement doit favoriser les adhérences ; ce que l'on obtient par le repos et la médication opiacée.

La laparatomie avec extirpation de l'appendice est l'opération de choix.

En cas d'abcès péri-appendiculaire, ouvrir l'abcès par la voie la plus directe et drainer la plaie.

Telles sont, d'après M. Broca, les formes de l'appendi-

cite, sa pathogénie, son traitement médical et les indications de l'opération.

Nous trouvons que l'enseignement qui soumet l'opération à des indications définies est bien supérieur à celui qui décide que toute appendicite doit être opérée aussitôt son diagnostic. La première opinion est conforme aux saines traditions de la chirurgie et non pas l'autre.

Nous poserons une restriction aux conclusions opératoires de M. Broca. C'est celle-ci : Quand un accès aigu d'appendicite est bien guéri et ne laisse aucune lésion perceptible au toucher, nous ne croyons pas qu'il soit indiqué d'opérer, parce qu'il existe des exemples nombreux de malades ayant eu une seule et unique attaque d'appendicite.

Nous ferons encore une réflexion à propos du traitement médical de l'appendicite aiguë, c'est que la Belladone est bien plus indiquée que l'opium. La Belladone répond à la douleur, aux vomissements, à la petitesse et à la fréquence du pouls, et principalement à l'inertie intestinale caractérisée par le développement des anses intestinales à travers la paroi abdominale et par l'absence de toute évacuation par l'anus. J'ajoute qu'il existe de nombreuses observations de guérison d'appendicite par la Belladone.

D[r] XAVIER..

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Hydarthroses chroniques des petites jointures. — II. Contribution a l'étude de la rougeole. — III. Epidémie de septicémie pneumococcique chez le nourrisson. — IV. Des crises testiculaires dans la filariose. — V. Deux cas d'hémiplégie d'origine scarlatineuse.

I

(*Séance du 9 mars*). — M. Galliard présente un homme de 54 ans, atteint d'hydarthroses multiples des articulations des doigts.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'aspect fusiforme des deux médius, qui sont symétriquement tuméfiés au niveau de leur articulation *phalango-phalanginienne*, tandis que les extrémités paraissent effilées. L'articulation correspondante des cinquièmes doigts offre également une hydarthrose, symétriquement à droite et à gauche, mais moins développée que celle des médius. Même lésion de l'annulaire droit, le gauche étant indemne. Rien de pareil aux index ; rien aux pouces.

Les articulations métacarpo-phalangiennes surtout celles des cinquièmes doigts et des index, sont atteintes.

Autre constatation importante : les doigts ont leur attitude normale et leur direction normale dans l'axe des métacarpiens ; ils ne sont ni déjetés vers le bord cubital de

la main, ni tordus, ni rétractés, ni forcés dans la flexion ou l'extension, comme cela arrive si souvent au cours du rhumatisme chronique.

Les extrémités des métacarpiens et des phalanges n'offrent aucune des déformations qui caractérisent le rhumatisme noueux.

La flexion des doigts est possible, mais limitée ; l'extension complète est possible partout, sauf aux cinquièmes doigts.

Pas de rougeur des téguments ; pas d'endolorissement des jointures au repos.

Rien de visible à la face palmaire.

L'état est stationnaire depuis six ans et demi.

La seule hydarthrose qui coïncide avec celle des doigts siège au genou droit, avec épanchement abondant ; quelques craquements dans les mouvements communiqués.

Les autres articulations sont à peu près saines, le cœur aussi.

Comme antécédents, il a eu une première attaque de rhumatisme en 1875 ; une seconde en 1893 ; c'est depuis ce moment que persistent les déformations actuelles.

Le pronoctic de ces hydarthroses des doigts est mauvais, la guérison difficile.

II

M. Lesage a isolé dans la rougeole un microbe ayant des caractères nets et précis. Après nombreux tâtonnements, il s'est arrêté au milieu de culture suivant : macération de viande ordinaire, 500 grammes et eau 1000 grammes, durant douze heures ; filtrer sur papier mouillé, alcaliniser très légèrement ; ajouter 15 grammes

de gélose pour 1000 grammes ; chauffer à 120 degrés ; laisser redescendre à 50 degrés ; ajouter alors un blanc d'œuf délayé dans 50 centimètres cubes d'eau ; porter un quart d'heure à 115 degrés ; filtration, puis mise en tube.

M. Lesage a fait ses recherches, pendant la période éruptive, pendant la période de convalescence sans complications et avec complications ; pendant la période éruptive il a prélevé des mucosités de la gorge (avec un tampon de coton) et du nez (avec une pipette).

Après vingt-quatre ou quarante-huit heures de séjour à l'étuve à 38 degrés, les inoculations sur la gélose sus-indiquée ont donné des cultures de staphylocoques et de diplostreptocoques, microbes que l'on retrouve dans les mucosités de tous les nez et de toutes les gorges ; mais, en dehors de ces microbes, on observe un nombre variable de petites cultures très fines, ou difficiles à voir, tant leur petitesse et leur transparence peut être grande, ou faciles à reconnaître, par leur volume et leur légère opalescence.

Sur 200 cas de rougeole, M. Lesage a trouvé 175 fois ce microcoque.

Si on cultive le sang à la période éruptive on n'obtient aucun résultat (70 insuccès pour 70 examens).

M. Lesage a pu examiner cinq autopsies de rougeole à la période d'éruption. Dans le sang et la rate, il y avait dans les cinq cas une culture abondante du microcoque ; dans le rein une fois, dans le foie trois fois.

Dans tous les cas, on le rencontrait facilement sur toute la longueur de l'arbre bronchique et dans les ganglions trachéo-bronchiques.

Pendant la convalescence sans complication, le micro-

coque devient de plus en plus rare dans le mucus nasal et la gorge.

Pendant la convalescence avec complication, M. Lesage a étudié 29 cas où la mort est survenue avant le dixième jour et 31 cas où la mort n'a eu lieu qu'après le dixième jour.

Dans les 29 premiers cas, 14 fois le résultat de l'inoculation a été positif, 15 fois il a été négatif; cependant, chez les enfants ayant donné ces 15 résultats négatifs, après la mort le microcoque a été trouvé 11 fois dans le sang.

Pour les 31 cas de la 2e série, les inoculations au lapin ont toutes été négatives, cependant l'autopsie a fait retrouver 20 fois le microcoque dans le sang.

Voici les caractères de ce microcoque :

Il se cultive sur le milieu de culture dont nous avons donné la composition plus haut.

La culture est représentée par un *petit sablé très fin*, transparent, analogue à la culture du pneumocoque, puis un peu opaque en vieillissant. L'adjonction d'un sang quelconque (pigeon, poule, lapin, homme, cobaye, souris) à la surface de la gélose rend la culture plus nette, plus épaisse et plus abondante

Il cultive moins bien sur la gélose peptone et peu dans le bouillon peptonisé ou lactosé. Dans le bouillon simple il pousse faiblement dans le fond du tube sous la forme d'une légère poussière qui ne trouble pas le liquide et se dépose. Sur la gélatine, rares cultures.

C'est un *microcoque très fin* (la moitié environ d'un grain de staphylocoque), décoloré par la méthode de Gram, prenant lentement les diverses couleurs. Il est agglutiné en zooglée et les éléments épars sont peu abondants.

On ne peut le confondre ni avec le Bacterium coli et ses variétés, ni avec le bacille de Pfeiffer, ni avec le bacille de Wilks. C'est un microbe particulier.

Si on l'injecte à des animaux, il produit une septicémie spéciale.

Ce microbe s'atténue très rapidement sur les cultures et il présente tous les degrés dans son activité. Atténué, le microbe pousse faiblement et n'a aucune action sur les animaux. On peut lui rendre son activité en l'inoculant dans le liquide céphalo-rachidien, à l'aide soit de la trépanation, soit du procédé Louis Martin. Il tue alors l'animal en deux à trois jours. On cultive le liquide céphalo-rachidien sur gélose simple et, après quelques passages identiques par plusieurs lapins, on obtient une culture qui agit sur cet animal en inoculation sous-cutanée ou intraveineuse. Après plusieurs passages, on peut obtenir un microbe doué d'une grande septicité. Entre chaque passage, on cultivera le sang du cœur de l'animal sur gélose simple, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, à 38 degrés.

A son maximum d'activité connu jusqu'aujourd'hui, le microbe inoculé sous la peau tue le lapin en un ou deux jours. L'animal maigrit, a de la fièvre, de la diarrhée souvent sanguinolente, rejette par le nez un peu de mucus teinté de sang. Souvent la mort vient brusquement à la suite d'une attaque de convulsions. On ne note rien à la surface de la peau (cet examen est difficile vu la présence des poils), sauf au niveau du point inoculé, où il existe une grande tache rouge violacé présentant des petites taches congestives ou hémorragiques. Sous la peau, à l'endroit inoculé, on note une tache jaune d'étendue variable

formée à la suite d'une suppuration sèche du tissu conjonctif. On note, en plus, souvent en ce point, de l'œdème, de la réplétion intense des vaisseaux et parfois même de la phlébite des veines sous-cutanées. L'ensemencement de ce point d'inoculatiou permet d'obtenir une culture pure de microcoque.

La trachée et les bronches contiennnent du mucus spumeux, aéré, rougeâtre. Leur paroi présente de petites taches congestives ou hémorragiques.

Le poumon est congestionné, gorgé de sang rouge brique, présentant un semis de petites taches congestives ou hémorragiques, qui tranchent sur le fond même de l'organe. Une pièce démonstrative est conservée à l'Institut Pasteur. Le microcoque affectionne tout particulièrement le poumon chez le lapin. Or, on sait que le virus morbilleux, chez l'enfant, présente la même particularité.

La rate et les autres viscères sont normaux. Cependant l'intestin est congestionné, rouge violacé, présentant également des taches congestives ou hémorragiques; la diarrhée est abondante, parfois sanguinolente.

On peut, suivant les degrés d'activité du microbe, observer des variantes dans les lésions obtenues.

Dans tous ces faits, le microcoque est en culture pure dans le sang et les viscères.

Quand l'activité du microbe est moins forte, la porte d'entrée peut être légère ou passer inaperçue, mais on retrouve le microbe dans le sang. La durée de la septicémie est d'un à trente jours. Quand la durée est longue, l'animal arrive au dernier degré de la cachexie et de l'amaigrissement. En ce cas, l'animal meurt épuisé, et et on ne trouve plus le microcoque par la culture du sang; cependant, une prise de ce sang inoculée à un nou-

veau lapin permettra de voir que le nombre des microbes contenus dans le sang était minime et que la culture était impuissante à déceler leur présence.

On peut obtenir la septicémie par diverses voies (sous-cutanée, nasale, trachéale, intra-rachidienne et intra-veineuse). L'animal d'expérience est le lapin. Cependant, une fois isolé, le microcoque peut tuer la souris et le cobaye. Il n'a aucune action sur le pigeon et la poule.

M. Lesage a examiné le mucus nasal de 45 enfants n'ayant pas eu la rougeole sans rencontrer le microcoque.

Sur 53 enfants ayant eu la rougeole, il a trouvé deux fois le microcoque en petite quantité dans les mucosités nasales.

III

M. Lesage a observé en août dernier une épidémie de septicémie pneumococcique survenue à l'hôpital Trousseau, ayant duré 5 jours, s'étant étendue à 16 petits malades, avec 15 morts.

Le début de l'épidémie eut lieu brusquement le 23 août sans qu'on puisse trouver la porte d'entrée ; elle atteint des nourrissons soignés pour tuberculose, atrophie infantile, gastro-entérite, etc.

La maladie dura de quelques heures à deux ou trois jours.

Les symptômes furent identiques à ceux décrits par M. Hutinel, mais qui, chez ses malades, paraissaient causés par le streptocoque.

Voici les symptômes observés :

On quitte un enfant bien portant et quelques heures

après on le trouve complètement changé. La température monte à 40 et 41 degrés. Dans quelques cas, l'ascension thermique se fit moins brusquement et le maximum fut atteint en vingt-quatre heures, par une sorte d'échelon. La température reste à un taux élevé, quelques heures ou un ou deux jours, et la mort vient sans qu'elle se modifie. Dans la seule observation de guérison la défervescence se fit après deux jours avec une certaine brusquerie.

Rapidement, la peau devient brûlante, les lèvres sont sèches, ainsi que la langue. Le facies devient plombé, pâle, comme dans la diphtérie hypertoxique. L'état général est très infecté. L'enfant est en somnolence, ne demande rien et ne crie pas. La respiration est accélérée, superficielle, se faisant par petits coups, à tel point que parfois l'enfant semble mort. Dans un seul cas, il y eut une légère diarrhée. L'examen des organes est négatif. On note parfois quelques râles fins disséminés dans la poitrine. Un seul enfant a présenté un écoulement nasal abondant; chez les autres le nez était sec. Dans tous les cas, sauf les deux premiers observés où l'étude ne put être faite, l'examen du nez a permis de reconnaître *sur lamelle* une culture à peu près pure du pneumocoque.

En un mot, on ne trouve que peu de chose durant la vie : État général infecté, 40 à 41 degrés, et voilà tout. Pendant la maladie, le poids baisse de 100 à 200 grammes par jour.

A l'autopsie, on n'observe aucune lésion. Le poumon, dans tous les cas, est rouge, congestionné, donnant à la coupe un liquide sanguin spumeux. Tout l'arbre bronchique est un peu rouge et recouvert d'une couche légère de mucus. On y trouve le pneumocoque en culture pure.

L'épreuve par la souris a été faite et a démontré que le

microbe observé est bien le pneumocoque. On ne l'a trouvé ni dans le sang, ni dans la rate.

IV

(*Séance du* 16 *mars*). — M. L. Rénon rapporte une très curieuse observation de filariose que nous allons résumer.

M. X... 38 ans, né à la Guadeloupe qu'il habite, vint en juillet dernier en France pour le cas bizarre dont il souffre.

Depuis 1890, il est pris, une ou deux fois par an, sans aucun prodrome, des accidents suivants : Il est réveillé le matin par une douleur atroce dans le testicule droit : le testicule devient immédiatement gros et douloureux. Puis, au bout d'une heure ou deux, la douleur remonte dans la fosse iliaque et gagne les lombes. A ce moment, la région lombaire, le côté droit du ventre et le testicule sont douloureux, et la crise ressemble, à s'y méprendre, à une colique néphrétique ; cette crise douloureuse fut d'ailleurs souvent prise pour cette affection. Les vomissements, pénibles et répétés, n'apparaissent qu'à la fin de la crise : celle-ci se termine dans la nuit, et le lendemain, le malade se trouve bien ; le testicule seul est encore un peu gonflé une partie de la matinée du lendemain. Il est rare que le malade ne puisse reprendre ses occupations à la fin du second jour. Les urines sont un peu plus foncées que d'habitude ; jamais elles ne furent ni sanguinolentes ni laiteuses ; jamais on n'y rencontra de calcul ni de sable urique. La fièvre n'existe pas à toutes les crises ; elle n'a jamais été mesurée au thermomètre.

Depuis deux ans le testicule reste gros dans l'intervalle des crises et est manifestement le siège d'une hydrocèle.

En raison de l'habitat à la Guadeloupe, M. Rénon pensa

à la filariose ; l'examen d'une goutte de sang permit de voir plusieurs embryons de filaire vivants bousculant les globules rouges sur leur passage.

Cure radicale de l'hydrocèle le 22 octobre, qui ne permit pas de trouver trace de la moindre filaire adulte, ni dans le testicule, ni dans l'épididyme ; il existait quelques varices lymphatiques.

Les recherches de M. Rénon lui ont fait trouver deux cliniques du Dr Audain, de Port-au-Prince (Haïti) dans lesquelles il rapporte des cas de crises testiculaires dues à la filariose et identiques à l'observation de M. Rénon.

V

M. Ferrier professeur au Val-de-Grâce, présente à la Société deux malades qui furent frappés d'une hémiplégie au déclin d'une scarlatine, l'un le septième jour, l'autre le sixième jour.

Coïncidence assez curieuse, ces deux cas furent observés à quelques jours d'intervalle, pendant une épidémie qui sévissait à Châteauroux sur le 90e d'infanterie.

Il s'agit d'accidents rares puisque une statistique portant sur 4.015 cas de scarlatine (Foord Caiger. Saint-Thomas hosp. Report) n'a pas fait mention d'hémiplégie. Les recherches de M. Ferrier ne lui ont fait retrouver que trois cas seulement, dont l'un suivi d'autopsie (destruction presque totale du noyau lenticulaire et de la partie postérieure de la capsule interne due à une thrombose de l'artère cérébrale moyenne).

M. Ferrier croit à une artérite, comme lésion initiale de ces deux cas d'hémiplégie.

Il est probable que l'artérite joue un rôle dans ces cas,

mais s'agit-il d'une thrombose avec nécrose et ramollissement cortical ou une encéphalite circonscrite avec sclérose secondaire?

M. Rendu n'a jamais observé d'hémiplégie dans le cours de la scarlatine, mais il a été témoin d'un cas similaire dans une autre maladie infectieuse, la broncho-pneumonie : il a eu l'occasion de soigner, il y a quelques années, une petite fille de 7 à 8 ans, qui à peine convalescente d'une broncho-pneumonie grave, eut un ictus avec convulsion, coma, aphasie et hémiplégie secondaire. L'hémiplégie persista plusieurs mois et fit place à de la contracture et à du tremblement; les réflexes restèrent exagérés, et il y eut un arrêt de développement des membres du côté droit.

M. Achard a observé il y a quelques années une hémiplégie droite avec aphasie, dans la convalescence d'une scarlatine chez un jeune homme de 20 ans.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

ÉTUDE COMPARÉE DE CAMPHORA, VERATRUM ALB, CUPRUM, ARSENICUM ET SECALE DANS LES AFFECTIONS CHOLÉRIFORMES AIGUES.

Camphora. — De ces cinq médicaments, c'est Camphora qui a le plus de refroidissement, la surface entière du corps est froide et bleuâtre. Les traits sont tirés, la

lèvre supérieure est rétractée, la voix est cassée. La peau est sèche, et malgré le froid, le malade ne veut pas être couvert. Il y a peu de douleur et pas de soif. Il faut employer ce médicament tout à fait au début de la maladie, pendant le refroidissement et les nausées, mais avant que la diarrhée ne s'établisse. On donne quelques gouttes de la teinture-mère.

Veratrum album. — Il y a moins de refroidissement, mais davantage de douleurs, de sueurs et de diarrhée. La figure et surtout le front sont couverts d'une sueur froide. La diarrhée est albumineuse, liquide, sans odeur mais entièrement épuisante. Il y a en même temps des vomissements. La chaleur extérieure soulage.

Cuprum mat. — Ce qui caractérise Cuprum, se sont les crampes surtout dans les muscles abdominaux et dans les mollets. Il peut y avoir même des convulsions générales pendant lesquelles les pouces sont serrés sous les autres doigts. La diarrhée peut être précédée de constipation. Les selles sont jaune verdâtre, claires, et de mauvaise odeur. L'eau froide soulage.

Arsenicum alb. — Arsenicum n'est pas un remède du début de la maladie, il vient plutôt après l'emploi des remèdes précédents. Sa grande caractéristique est l'irritabilité de la fibre qui fait que le malade remue, même lorsqu'il est plongé dans la stupeur, et que s'il est trop faible pour se remuer lui-même, il demande à ce qu'on le change de position. La soif est ardente et le malade avale fréquemment une petite quantité d'eau. La peau est froide, mais le malade ressent un feu intérieur. Chaque fois que le malade boit, il a des vomissements et de la diarrhée. Arsenicum est spécialement indiqué lorsque la maladie a été causée par l'absorption de boissons glacées ou par

un empoisonnement par les ptomaïnes. Il agit surtout bien lorsque les évacuations sont petites, jaunâtres, mousseuses, devenant promptement d'un brun foncé, irritantes et d'une odeur infecte. Il y a beaucoup d'épuisement après être allé à la selle. La période de l'aggravation est vers 2 heures du matin, il y a de l'amélioration en se promenant en voiture. Comme dose, il faut prescrire de la 30e à la 200e dilution.

Secale. — Les indications de Secale ressemblent beaucoup à celles d'Arsenicum. Il y a la même dépression et la même irritabilité, mais bien qu'épuisée et frissonnant le malade a de l'aggravation par la chaleur extérieure. Les évacuations sont d'un brun clair et ont mauvaise odeur comme celles d'Arsenicum, mais elles sont plus liquides et il y a tendance à la paralysie du sphincter anal. La peau est sèche et peut être ridée. L'indication caractéristique de Secale est une sensation de picotements dans les doigts que le malade tient écartés (Dr Burch, *in Medical Century*).

ACTION DE KALI BICHROMICUM SUR LES ORGANES DE LA DIGESTION.

D'après le Dr Ord, Kali bichromicum a une action spécifique sur le tube digestif. Ses muqueuses peuvent présenter tous les degrés de l'inflammation, depuis le simple catarrhe jusqu'aux ulcérations les plus graves. C'est ainsi que l'on trouve des angines qui deviennent ulcéreuses et s'accompagnent d'amygdalite avec exsudats semblables à ceux de la diphtérie, ou bien des ulcérations qui semblent découpées à l'emporte-pièce, dans les amygdales. Au point de vue clinique, Kali bichromicum a montré une grande puissance d'action dans ces cas. Du

côté de l'estomac, son premier effet est de développer une gastrite avec salivation et vomissement d'un liquide aqueux et acide, qui plus tard devient bilieux et jaunâtre. A un plus haut degré, il y a vomissement de mucosités épaisses. La langue est couverte surtout dans sa partie postérieure d'un enduit jaune ou blanc. Le médicament a souvent bien agi dans des cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum. La congestion du foie que guérit Kali bichromicum s'accompagne de vomissements de bile sans évacuation de bile par le rectum. On a observé aussi sous Kali bichromicum de la dégénérescence graisseuse du foie. Du côté de l'intestin, on peut également observer tous les degrés de l'inflammation, mais c'est dans l'entérite et surtout dans la dysenterie chronique avec aggravation le matin une fois qu'on est levé et avec perte de puissance du sphincter anal que Kali bichromicum a donné le plus de succès.

KALI BICHROMICUM DANS LES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Le Dr Ord trouve que ce médicament agit aussi beaucoup sur les organes de la respiration, le catarrhe nasal avec sécrétion de mucus épais et adhérente, la croûte dans le nez se trouve souvent bien de ce remède. On a guéri avec Kali bichromicum beaucoup de cas d'ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques de la cloison du nez. Du côté du larynx, de la trachée et des bronches, le début de son action ressemble à la première période de la bronchite et de la laryngite avec sécheresse de la muqueuse, sensation de brûlure, gêne de la respiration et toux chatouillante. Bientôt survient un gonflement de la muqueuse

avec sécrétion de mucosités fibrineuses fort tenaces pouvant devenir plus tard muco-purulentes si la bronchite se transforme en catarrhe bronchique, quelquefois même l'exsudat peut devenir membraneux. La ressemblance de ces fausses membranes avec celles de la diphtérie est fort grande et il faut se souvenir que Kali bichromicum a une grande tendance à envahir le larynx (*The Hahnemannian Monthly*).

SYMPTOMES DE LA LANGUE SOUS QUELQUES REMÈDES.

Apis. — Langue d'un rouge vif, sèche et couverte de vésicules; la langue tremble et se prend dans les dents lorsqu'on essaie de la tirer. Les bords et la pointe sont rouges et couverts de vésicules. Enflure de la langue dans la diphtérie.

Arnica. — Langue sèche avec une raie foncée au centre (fièvre typhoïde). Enduit jaunâtre et pâteux (dyspepsie).

Arsenicum. — Langue à vif rouge et excoriée autant que sèche; langue couverte d'un enduit brun foncé fuligineux (fièvre typhoïde); langue avec cartes de géographie (maladies aiguës).

Baptisia. — Langue avec une plaque brune au centre, et dont les bords sont rouge vif. Langue brune et sèche (fièvre typhoïde).

Belladonna. — Langue sèche avec la pointe et les bords rouges et le centre blanc. Les papilles sont saillantes et augmentées de volume (langue framboisée, scarlatine), tremblement de la langue.

Borax. — Aphtes sur la langue.

Bryonia. — Enduit blanc ou blanc jaunâtre de la

langue; dans la fièvre typhoïde le centre est spécialement blanchâtre et les bords sont propres Langue sèche et qui paraît avoir été grattée (fièvre typhoïde).

Camphora. — Langue froide.

Chelidonium. — Langue recouverte d'un enduit jaunâtre qui conserve l'empreinte des dents (maladies du foie).

China. — Langue avec un enduit épais blanc ou jaune sale.

Colchicum. — Langue couverte d'un enduit jaune sale ou rouge avec enduit pâteux à la base.

Gelsemium. — Langue comme paralysée (Dulcamara).

Hydrastis. — Langue large, molle, enflée, avec enduit visqueux d'un jaune sale et portant l'empreinte des dents. Sensation d'avoir été échaudée.

Hyosciamus. — Langue rouge, sèche, fissurée (bel.) avec un enduit jaunâtre.

Iodium. — Deux lignes de mucus ou d'écume sur la langue (affection du pancréas).

Kali bichromicum. — Langue épaisse et large avec un enduit jaune sale ou lisse, rouge et luisante, bords remplis d'aphtes douloureux. Sensation de cheveux à la racine de la langue.

Mercurius. — Langue humide, flasque, molle, spongieuse, enflée, portant l'empreinte des dents. Langue douloureuse et ulcérée, recouverte d'un enduit sale et jaunâtre.

Mercurius iodatus. — Base de la langue couverte d'un enduit épais et jaune, tandis que la partie antérieure est rouge et propre (diphtérie).

Phytolacca. — Pointe de la langue très rouge et sen-

sible avec des ulcères sur les bords. Douleur à la base de la langue en avalant.

Pulsatilla. — Enduit d'un blanc grisâtre sur la langue.

Rhus tox... — Langue sèche et comme légèrement brûlée, à la pointe, partie triangulaire rouge et foncée. Langue d'un brun foncé fissurée et sanglante. Langue rouge et lisse (scarlatine).

Stramonium. — Langue rouge ou blanchâtre parsemée çà et là de points rouges. Enduit jaune foncé, sèche et fissurée surtout au milieu (fièvre typhoïde).

Sulphur. — Langue blanche avec la pointe et les bords rouges (affections aiguës). Langue sèche avec la pointe rouge; difficulté de parler dans la pneumonie typhique.

Terebenthine. — Langue sèche, d'un rouge brillant (fièvre typhoïde et péritonite), langue lisse comme si on en avait enlevé toutes les papilles par un grattage.

Veratrum viride. — Plaque d'un rouge vif au milieu de la langue (fièvre et méningite).

KALI CARBONICUM ET SON ACTION THÉRAPEUTIQUE

Le Dr Goullon recommande beaucoup Kali carbonicum. Il est très utile dans les maladies des femmes comme Sepia auquel il ressemble beaucoup. Les règles reviennent trop souvent et durant trop longtemps comme sous Nitri acidum dont ce remède est complémentaire. Leucorrhée chronique chez les jeunes filles et les femmes avant les règles avec symptômes pénibles. Kali carbonicum, donné huit jours d'avance soulagera le plus souvent tandis que Sepia agira mieux au moment même. Dans les bouffées de chaleur de la ménopause, Kali carbonicum peut être d'un meilleur effet que Sepia. Lorsqu'elles s'accompagnent de

palpitations nerveuses qui soulèvent les couvertures à chaque battement Sepia et Kali carbonicum se rencontrent. Il faut encore penser à ce remède lorsqu'il y a des douleurs de piqûre ou lorsqu'il y a un pouls intermittent. Il y a trois organes qui ont une affinité spéciale pour Kali carbonicum ; ce sont l'utérus, le cœur et les poumons. Dans le catarrhe du sommet on peut donner Kali carbonicum en alternation avec Phosphorus. Dans les symptômes de pleurésie qui s'accompagnent de piqûres, il est très indiqué, de même dans la laryngite chronique, dans les affections du genou avec piqûres; ici on ne peut le comparer qu'avec Bryonia et Silicea. Dans l'allongement des ligaments de l'utérus, il faut penser à lui et à Rhus, de même dans les hémorroïdes chez les femmes (*The Hahnemannian Monthly*).

D[r] G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

C'est à la clinique chirurgicale du D[r] Hacker (d'Inspruck) que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a été pour la première fois systématiquement employée. Plus de 400 opérations ont été pratiquées avec ce genre de narcose; l'auteur, qui a eu de très nombreuses occasions d'observer cette méthode, résume ainsi le résultat de ses observations :

« Le chlorure d'éthyle ou kélène est un liquide très mobile, à odeur d'éther caractéristique peu soluble dans

l'eau, plus soluble dans l'alcool; son poids spécifique à 0 degré est de 0,921 ; son point d'ébullition est à — 12°5 ; il ne se solidifie qu'à — 29 degrés; il se volatilise à la température ordinaire sans laisser de résidus. En introduisant ses vapeurs dans l'eau, celle-ci ne doit pas rougir le papier de tournesol, ni former de précipité si on l'additionne d'acide nitrique, et d'une solution de nitrate d'argent.

L'anesthésie générale est complète au bout d'une demi à deux minutes, suivant l'âge du sujet et son accoutumance à l'alcool; les réflexes des pupilles et de la cornée sont presque toujours maintenus; des malades sous l'anesthésie ont même répondu aux questions bien que l'anesthésie fût complète et qu'ils ne se souvinssent plus de rien une fois réveillés. Ce n'est que chez les alcooliques que l'on remarque une période d'excitation; celle-ci atteignit rarement un état aigu et dans un cas seulement la force de l'excitation rendit l'anesthésie impossible. On n'a jamais observé de faiblesse cardiaque, de spasme de la glotte ou de troubles de la respiration accompagnés d'asphyxie. Lorsqu'il est arrivé qu'un malade se soit réveillé pendant l'opération, le fait a toujours été imputable au médecin chargé de l'anesthésie. Aussitôt après l'enlèvement du masque, l'état normal était rétabli et l'on voit des malades ayant subi une opération sous l'anesthésie du chlorure d'éthyle rentrer seuls chez eux après l'opération. Très rarement les patients se sont plaints de maux de tête. Par contre, les réflexes musculaires n'étaient jamais complétement abolis, sauf chez les enfants. Le relâchement complet des muscles ne se produit pas ; par conséquent l'anesthésie au kélène ne semblerait pas indiquée dans les cas où ce relâchement est indispen-

sable. Il est cependant suffisant pour réduire une ancienne luxation ou réunir les morceaux d'os dans une fracture de la rotule.

Dans la clinique du professeur Hacker, la « Kelennarcose » est employée dans les opérations de courte durée et dans le cas où le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués, c'est-à-dire dans le cas de troubles de la circulation, de dégénérescence graisseuse du cœur, de maladies des voies respiratoires chez les cachectiques, chez les personnes affaiblies par une grande perte de sang et ayant subi des lésions graves, où une intervention très rapide s'impose et où l'on ne peut pas employer la méthode d'infiltration de Schleich.

Les avantages du kélène comme anesthésique général peuvent se résumer ainsi : anesthésie rapide; absence complète ou très courte période d'excitation; réveil rapide; possibilité de l'employer chez les personnes affaiblies par des pertes de sang considérables ou se trouvant sous l'influence d'un choc. Il faut citer aussi, par contre, ses désavantages : absence du relâchement total des muscles, difficulté d'effectuer des opérations de longue durée, les malades se réveillant trop facilement. » (*Wien. méd. Wochens.*, 1899, n° 28; *Gazette des hôpitaux*, 5 septembre.)

La médication caféinique comme cause d'asphyxie locale des extrémités.

La caféine étant souvent utilisée en thérapeutique, il importe de connaître tous les accidents que son usage est susceptible de provoquer. Il y a quelque temps, M. K. Zénetz, professeur extraordinaire de thérapeutique à la

Faculté de médecine de Varsovie, a relaté trois faits de mort subite par arrêt du cœur en systole, imputables à ce médicament (Voir *Semaine médicale*, 1899, p. 152). De son côté, M. le Dr F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, vient d'observer un cas dans lequel la caféine paraît avoir déterminé des troubles assez graves. Il s'agissait d'une femme, âgée de 73 ans et atteinte d'une bronchite grippale avec affaiblissement cardiaque, à laquelle on avait prescrit de la caféine à la dose quotidienne de 1 gramme. Grâce à cette médication, le fonctionnement du cœur et la bronchite ne tardèrent pas à s'améliorer; mais au bout de onze jours, pendant lesquels l'emploi de la caféine ne fut pas discontinué, la patiente commença à présenter au niveau des mains, deux fois par jour et à peu près aux mêmes heures, des accès typiques d'asphyxie locale débutant par le refroidissement et l'engourdissement et aboutissant à la cyanose. Cette asphyxie locale ne dépassait jamais le poignet et se dissipait en l'espace d'environ une heure. Les orteils étaient également le siège de phénomènes analogues, quoique moins prononcés. L'usage de la caféine ayant été suspendu, les accès d'asphyxie cessèrent de se produire.

Ce fait montre que la caféine — qui est non seulement un stimulant cardiaque, mais aussi un vaso-constricteur — doit être maniée avec prudence, surtout chez les sujets âgés, atteints d'artério-sclérose, comme c'était le cas de la malade de M. Combemale, de crainte de provoquer un spasme vasculaire des extrémités, lequel pourrait entraîner des conséquences graves. (*Semaine médicale*, 26 juillet 1899.)

PELLICULES DE L'ŒUF ET GREFFES CUTANÉES.

Après avoir rappelé les avantages des procédés de greffe de Reverdin et de Thiersch, M. le Dr Max Schuller décrit une méthode originale qu'il emploie avec succès depuis quelque temps déjà pour accélérer la cicatrisation et la restitution *ad integrum* de grandes surfaces cruentées. Sa méthode est basée sur l'emploi de la membrane qui revêt la paroi interne de la coquille de l'œuf : la face de la pellicule qui baignait dans l'albumine est appliquée sur la plaie, préalablement aseptisée, et maintenue en place par un pansement.

Au bout de quatre jours, en écartant la membrane, on voit au-dessous une surface blanc bleuâtre, formée par une couche d'éléments épithéliaux. L'auteur conseille d'employer sa méthode dans tous les cas où l'état général du malade, ou l'existence d'une maladie concomitante (tuberculose, etc.), ne permet pas de prendre de greffes épidermiques sur le malade lui-même (*Monatsschrift für Unfallheilkunde*, n° 9, sept. 1899 et *Gazette des hôpitaux*, 25 janvier).

Dans le numéro du 3 février, un médecin militaire le Dr Amat, réclame la priorité dans l'emploi de ce procédé, dont il s'est servi plusieurs fois avec avantages.

RÉDUCTION DES HERNIES ÉTRANGLÉES A L'AIDE DU COLLODION ET DE L'ÉTHER.

D'après M. le Dr Schleip (de Stettin), les applications de collodion constitueraient un bon moyen pour réduire une hernie étranglée et réussiraient souvent même dans

le cas où l'éther, répandu à profusion sur la tumeur herniaire, reste sans effet. Après avoir versé 50 grammes environ de collodion dans une soucoupe, on y plonge une mince couche de ouate large comme la main ; on l'applique ensuite sur la hernie (la région ayant été préalablement rasée) et on l'arrose avec le restant du liquide. Sous l'influence de la compression uniforme exercée par le collodion, associée à l'action réfrigérante due à l'éther qu'il contient, la réduction s'obtiendrait presque toujours très facilement.

Ce procédé, qui rapporte la *Semaine médicale*, est à rapprocher d'un récent article de M. Fiessinger. Cet auteur ayant eu recours, comme bien d'autres praticiens, à l'emploi de compresses d'éther dans une hernie étranglée depuis quarante-huit heures, a obtenu la réduction, sans taxis, par l'application prolongée de compresses d'éther pendant trois quarts d'heure. Il a été assez heureux pour sauver sa malade malgré la durée de l'étranglement (*Journ. des praticiens*, février 1900).

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES PAR DES INJECTIONS D'EXTRAIT GLYCÉRINÉ DE FOIE DE MORUE.

M. Guerder a traité avec succès la tuberculose locale par des injections d'extrait glycériné d'huile de foie frais de morue. Ces injections doivent être pratiquée aseptiquement ; si elles sont faites dans ces conditions, elles sont inoffensives ; elles ne déterminent de la réaction fébrile que si la dose injectée est trop considérable ou si les sujets sont irritables. On doit débuter par des doses faibles.

M. Guerder commence par injecter 1/2 centimètre

cube, puis il injecte 1, 2 ou 3 centimètres cubes ; il renouvelle l'injection tous les huit jours environ.

Les injections produisent une action locale qui consiste en une excitation de l'activité phagocytaire.

Elles produisent aussi une action générale qui se traduit par une amélioration de l'état général des malades Cette action générale n'est néanmoins pas suffisante pour obtenir un traitement efficace de la phtisie par des injections pratiquées à distance de la région atteinte (*Gazette des hôpitaux*, 20 mars).

ÉRUPTION MÉDICAMENTEUSE.

M. COMBEMALE a vu une éruption scarlatiniforme survenir à la suite de l'absorption d'un gramme de salol. Ce médicament avait été prescrit chez une jeune fille de 19 ans atteinte de tonsillite légère. Quelques heures après, apparaît une éruption qui fait porter au médecin traitant le diagnostic de scarlatine ; la malade est alors isolée à la maison de santé ; M. Combemale la voit alors, trouve une éruption qui n'occupe que le tronc ; un peu d'angine, une langue superbe, bref aucun symptôme de scarlatine. L'éruption dure deux jours et est suivie d'une desquamation très légère. Voilà donc un cas non douteux d'éruption scarlatiniforme due à l'ingestion d'un médicament qui la provoque rarement. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'une épidémie de scarlatine sévit actuellement sur la ville (*Bull. Soc. centr. de méd. du Nord*, 27 décembre 1899).

DÉLIRE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR L'ATROPINE

Le seul cas d'empoisonnement par l'atropine publié dans une revue de psychiatrie est celui de Kowalewski

(*Zeitschr. f. Psych.* 1880, bd. 36). Dans ce cas, le délire dura dix jours, tandis que généralement l'atropine rapidement excrétée provoque des délires de courte durée. L'observation relatée dans le travail de Beyer est celle d'un homme de cinquante-sept ans, amené sans connaissance avec les pupilles très larges, de la sécheresse de la bouche. Il ne réagissait pas aux excitations. Le malade était dans une agitation continuelle. Il prenait les objets qu'il trouvait, puis les rejetait. Le visage était gai. Le lendemain matin, le malade ayant dormi grâce à la morphine, se réveilla pouvant raconter ce qui lui était arrivé. On apprit alors qu'en coupant du bois avec des camarades, il avait bu une boisson composée d'herbes et de racines, mais qui avait un goût particulier, et qu'ayant de plus en plus soif il avait continué à en boire beaucoup plus que ses camarades. Ce qu'il y a à remarquer dans ce délire, c'est le trouble de toutes les fonctions psychiques et l'impossibilité de coordonner les idées. Le malade n'a pas du tout conscience de ce qui s'est passé. Le délire ici était aussi peut-être attribuable à l'alcoolisme ancien. (BEYER, *Centralbl. f. Nervenhlk. und Psych.*, 16 mai 1898).

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE SULFONAL

Une femme ayant pris une heure avant plus de 7 grammes de sulfonal était dans le coma, les pupilles dilatées; le réflexe conjonctival avait disparu; la respiration était imperceptible; les bruits cardiaques étaient faibles, lents (47 à 50 à la minute); le pouls insensible, les extrémités froides, les lèvres bleues. On fit des applications chaudes, et l'on ordonna d'abord un peu moins de 1 milligramme de strychnine en injection sous la peau, 8 centigr. 1/2

d'apomorphine. En quarante secondes, on vit apparaître des tressaillements musculaires à la face et aux membres. Le cœur devint plus fort, plus rapide ; en deux minutes, il vint des vomissements. La malade se réveilla, et en six heures elle était guérie. (Richmond, *Brit. Med. Journ.*, 29 octobre 1898).

LA PARALYSIE PHOSPHORÉE

Un homme de 70 ans, exposé à une et peut-être à plusieurs tentatives d'empoisonnement par le phosphore, présenta les signes ordinaires de cet empoisonnement : hématémèses, faiblesses, et il dut garder le lit pendant des mois. Un mois après, il se plaignait de douleurs dans les pieds, de faiblesse et de lourdeur ; mais il pouvait remuer les jambes dans le lit. Ensuite les doigts furent aussi paralysés. Ce n'est qu'après environ neuf mois qu'il put se lever. L'année suivante, on ne trouvait pas de troubles psychiques, ni de troubles des nerfs crâniens, mais le malade se plaignait de grande faiblesse dans les mains et les pieds, et il y avait de la diminution de la sensibilité tactile de ces parties. Au contraire, les extrémités jusqu'au-dessus des genoux et des coudes, et surtout les muscles ont gardé la sensibilité à la douleur. Les mains sont gonflées, et les muscles de ces régions un peu atrophiés. Les réflexes persistent au bras, mais les réflexes patellaires ont disparu. Pas de troubles vésicaux ni intestinaux. Le malade a de la peine à marcher et il y a un degré marqué d'ataxie. Les symptômes tiennent en partie à de la névrite, en partie à des changements dans la moelle. Ils ressemblent ici beaucoup à ceux de l'intoxication arsenicale. Ici aussi il y avait des douleurs, des phénomènes ataxiques. En faveur de la névrite il y a la douleur

des muscles à la pression, l'absence des réflexes patellaires, la localisation aux extrémités. Par conséquent, il s'agit de *névrite phosphorée* atteignant les nerfs sensitifs et moteurs. L'ataxie montre que la moelle aussi a dû être touchée ; il est probable que, comme l'ont vu dans l'intoxication arsenicale Erlitzki, Rybalkin et l'auteur même, les grandes cellules motrices sont atrophiées, et quelquefois il y a de la dégénération des cordons de Goll. La survenue de la paralysie seulement longtemps après plusieurs tentatives d'empoisonnement explique pourquoi les paralysies phosphorées sont si rares. (HENSCHEN, *Neurol. Centralbl.*, 1er mai 1898).

LA GOUTTE MILITAIRE ET LE SALICYLATE DE MÉTHYLE.

M. le Dr DUQUAIRE (de Lyon) a eu l'idée fort ingénieuse de mettre à profit l'action toxique pour les gonocoques du salicylate de méthyle, et tenté de les asphyxier à distance et jusqu'au fond des glandes par les émanations très subtiles et très pénétrantes de cet agent.

L'injection conseillée par M. Duquaire est de la vaseline additionnée de salicylate de méthyle, dans la proportion de 20 p. 100, et de sous-nitrate de bismuth, dans la proportion de 20 p. 100. Le malade doit se placer dans le décubitus dorsal et garder le liquide huileux pendant un quart d'heure. Ce temps suffit pour que le médicament chemine dans la vessie en anéantissant le gonocoque sur son passage, M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, affirme que ce programme est souvent réalisé. Après de nombreuses expériences, il tient ce remède pour aussi efficace que rationnel, et il est peu de cas où il n'ait eu l'occasion de le mettre à profit. (*Form. de thérap. et de pharm.*, janv. 1900 et *Gazette des hôpitaux*, 22 février.)

VARIÉTÉS

LA DOCTRINE DE L'ESPÈCE ET L'HYPOTHÈSE DU TRANSFORMISME

Nous rencontrons dans l'*Echo médical de Lyon* du 15 avril 1900 un travail du Dr Delore ex-professeur d'accouchement et correspondant de l'Académie de médecine. Ce travail, lu à l'Académie de Lyon est intitulé : *Descendons-nous du singe ?*

Bien que ce mémoire ne contienne pas d'arguments absoluments nouveaux sur la question, nous avons trouvé utile de le reproduire en partie, à cause de l'autorité qu'il emprunte à son auteur.

DESCENDONS-NOUS DU SINGE? [1]

Par X. DELORE,
Ex-professeur d'accouchements,
Correspondant de l'Académie de médecine.
(*Lu a l'Académie de Lyon.*)

L'existence de la *voûte plantaire* est, à mon avis, un des caractères anatomiques les plus importants de l'être humain. Aucun animal ne la possède, car aucun n'est destiné à l'attitude *orthostatique*. La plupart sont *digitigrades* et il est curieux de voir l'éléphant, le plus volumineux et le plus lourd de tous, marcher à l'instar de nos danseuses les plus légères. Malgré qu'il soit *plantigrade*, l'ours a un *tarse* peu développé et dépourvu de voûte. Accidentellement, il se tient debout, mais jamais chasseur dans la montagne, ne l'a surpris se promenant sur les deux pieds de derrièrs.

Le *Singe* diffère de l'homme par des caractères anatomiques de première importance.

(1) Voir le n° 3 du 15 mars.

L'espèce *Gorille* est celle qui se rapproche le plus de notre conformation. Voici les traits saillants qu'il présente :

Son *crâne* est peu développé, une crête saillante en occupe le sommet d'avant en arrière, pour l'insertion du muscle temporal destiné à la mâchoire ; l'importance de celle-ci est tellement prédominante, qu'elle usurpe sur l'emplacement du cerveau et envahit toute la surface de la boîte osseuse. Sa *face* offre l'aspect d'un véritable museau et la saillie énorme des canines donne à la physionomie un caractère féroce.

Sa *colonne vertébrale* est rectiligne (1), il n'a pas d'angle sacrovertébral ; l'ovale du détroit supérieur est dirigé d'avant en arrière.

Les *bras* sont d'une longueur démesurée ; les membres postérieurs se terminent par une véritable main ; les métatarsiens sont très longs ; le premier est *prenant* ; le calcanéum fait une forte saillie en arrière ; les autres os du tarse sont rudimentaires.

Le *Gorille* peut se tenir *debout*, mais rien de lamentable comme de le voir dans cette attitude. Ses pieds, dont les orteils sont repliés, ne touchent le sol que par leur bord externe, ses genoux sont fléchis à angle droit ; ses bras prennent un point d'appui par terre avec le dos des mains. Le Gorille ne possède pas la *marche orthostatique* et quand il *fuit* c'est à quatre pattes, en ayant bien soin d'inutiliser la plante de ses pieds et la paume de ses mains.

---

(1) La colonne lombaire de l'homme est concave en arrière dans la station *verticale* ; elle devient convexe dans la situation *assise*. Celle du singe est bien disposée pour cette seconde attitude, aussi la met-il en usage fréquemment.

Le Gorille est un grimpeur de premier ordre et est magnifiquement organisé pour vivre sur les arbres. Je ne vois guère que certains naturels de Paris qui ont une tendance instinctive à se percher dans les bois de Romainville ou de Fontenay-aux-Roses. J'ignore s'ils se réclament d'une coutume simienne héréditaire.

Je ferai en outre remarquer que le singe est au-dessous du chien, comme intelligence perfectible, que la *voûte* plantaire n'existe pas chez lui et qu'il n'est nullement organisé pour la station verticale.

En contemplant un animal aussi laid, Haeckel a renoncé à nous le donner comme prédécesseur direct et se rendant compte qu'il figurerait mal dans une galerie d'ancêtres il n'a pas hésité à inventer de toutes pièces un ascendant *paléontologique*, c'est le singe Lémurien, dont il garantit la ressemblance :

« Il y avait autrefois, dit-il (ceci commence comme un conte de fées), c'est-à-dire, il y a quelques millions de siècles, une contrée immense, la Lémurie, située dans la mer des Indes, se reliant à l'Afrique et à l'Australie. Elle était habitée par les singes qui sont nos prédécesseurs généalogiques immédiats et dont le type anatomique était semblable au nôtre ; seulement la Lémurie s'est effondrée dans les flots de la mer et les singes aussi ; on ne peut même les retrouver à l'état fossile, n'importe, Haeckel nous donne l'assurance qu'on les retrouvera un jour ; ce qui le prouve, c'est que les habitants des contrées les plus proches, comme les Cafres, les Australiens, les Papous, ont gardé l'empreinte simienne au plus haut degré. Le voisinage de la terre natale a favorisé le type originel. »

Si maintenant nous envisageons le règne animal dans son ensemble, nous y constatons des espèces conçues

d'après un plan uniforme et grandiose, mais constituant par leurs différences des classes irréductibles. Ni le raisonnement, ni la paléontologie ne nous autorisent à admettre l'idée *monistique*.

Au sommet et à une grande distance des animaux, avec lesquels ils renient tout degré de parenté, se placent les membres de la famille humaine.

Cette famille, comme celles des pigeons de Darwin, présente de nombreuses variétés. Il y en a de toutes les couleurs : des blancs, des jaunes, des rouges, des marrons et des noirs ; les uns sont grands, comme les Anglo-Saxons ou les Patagons ; les autres petits, comme les nains de l'Equateur ou les Lapons du Nord ; certains sont brachycéphales, c'est-à-dire ont le crâne au sommet de la tête ; d'autres sont dolicocéphales, c'est-à-dire ont le crâne derrière la face, à des degrés divers ; mais dans ces deux variétés, la capacité cérébrale est sensiblement la même, de sorte que le fameux Néanderthal pouvait être un homme de génie ! L'Européen croit posséder la supériorité de la forme ; je ne serais pas étonné cependant qu'un juge impartial préférât le type arabe ; d'autre part, si on s'en rapporte au grand voyageur anglais Taylor, c'est dans la race mulâtre de Tristan d'Acunha, près du Cap, qu'on trouve la beauté humaine dans sa perfection idéale. Tous les hommes ne sont pas robustes et forts ; il y en a qui sont naturellement débiles et qui portent des tares se transmettant par voie héréditaire à de multiples générations en s'aggravant par l'influence néfaste de la consanguinité ; chez le nègre, je citerai notamment l'effroyable prognathisme et souvent le pied plat. Certains individus sont aptes à la civilisation et à la culture intellectuelle ; d'autres au contraire ont des facultés restreintes et se

rapprochent des idiots; ils revêtent même quelquefois une allure bestiale, car plus ils sont dégénérés et s'éloignent de la splendeur du type humain, plus ils deviennent semblables à la brute.

Comment se sont établies ces différences étranges? Incontestablement, de nombreuses influences provenant des milieux divers ont imprimé des modifications profondes, qu'il est possible de concevoir et c'est le véritable mérite de Darwin d'en avoir mis en lumière un grand nombre, mais il y en a certainement qui échappent encore à notre investigation.

A quelque variété qu'il appartienne, quelles que soient ses tares physiques ou morales, le membre de notre famille est un *homme*! C'est un homme parce qu'il a une capacité cérébrale supérieure, parce qu'il se tient debout et qu'il marche, et qu'on peut toujours lui appliquer ces paroles du poète :

Os sublime dedit,
Cœlumque tueri jussit.

C'est un homme surtout, parce que le créateur lui a donné une âme raisonnable, consciente et perfectible, de sorte que malgré leurs infirmités les hommes sont tous du même sang et peuvent tous ambitionner le même avenir.

L'homme *dégénéré* par suite de conditions multiples et surtout de l'*atavisme*, occupe encore une grande surface sur la terre, nous lui devons assistance. Il faut lui porter le flambeau du progrès dont nous sommes dépositaires; nous ne pouvons nous soustraire à cette obligation de confraternité. Nous avons le devoir impérieux de le placer dans des conditions plus favorables pour son évolution vers le mieux et pour le progrès de son transformisme

physique et moral. Notre ancêtre *Celtique* de l'âge de *pierre* les a bien trouvées ces conditions régénératrices. Pourquoi n'en serait-il pas de même des nègres de l'Afrique centrale, de l'Australie ou de Malanésie qui sont l'opprobe de l'humanité ? »

D[r] P. JOUSSET.

LA RELIGIEUSE INFIRMIÈRE ET L'INFIRMIÈRE LAÏQUE

Nous trouvons dans le nnméro de mars de la *Revue générale de l'asepsie*, sous la signature du D[r] de Backer, un article où ce médecin plaide la cause de l'œuvre des pavillons séparés pour les tuberculeux.

Cet article, inspiré par une erreur bien commune, celle de la contagion facile de la phtisie, contient en outre une appréciation sur la valeur comparative de la *religieuse infirmière* et de l'*infirmière laique*, que nous désirons mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous allons reproduire le texte même de l'article qui a trait à cette question. Mais avant, en ma qualité de non-contagionniste, je ne puis résister à la tentation de faire justice de deux énormités, une qui sert d'épigraphe au mémoire, l'autre qui le termine.

Voici l'épigraphe : « Tout hôtel où sont rassemblés des tuberculeux n'est plus un sanatorium, mais un foyer d'infection. »

Alors M. de Backer ignore absolument ce qui se passe à Davos, à Leysin, à Argelès, à Villepinte, au grand hôpital de Brompton en Angleterre, etc., etc., où des centaines de tuberculeux habitent ensemble sans qu'on ait pu constater un foyer d'infection.

Voici la seconde énormité attribuée au professeur Ter-

rier : « Un malade entre dans mon service pour une jambe brisée. Après six semaines, il en sort tuberculeux : c'est un crime de l'Assistance publique. »

Nous savons que le Dr Terrier a l'habitude, en hygiène publique, de remplacer les travaux scientifiques par des anecdotes. Nous lui avons déjà fait observer qu'il ne lui suffit pas d'affirmer *comme médecin, comme chirurgien et comme vétérinaire*, que la tuberculose est aussi contagieuse que la rougeole. Non; pour nous convaincre et nous faire admettre une opinion dont les conséquences sont si désastreuses pour les malheureux phtisiques, il nous faut, non des anecdotes, mais des faits soumis à la critique scientifique la plus sévère. Or, ce n'est pas la méthode du professeur Terrier. Exemple : dans la communication académique qui renferme les paroles citées plus haut, le Dr Terrier affirme qu'un grand nombre d'infirmiers prennent la tuberculose à l'hôpital, sans nous dire dans quelle proportion, sans aucun renseignement sur l'influence héréditaire et sur celle si puissante de l'alcoolisme. Le Dr Kelsch, qui s'est donné la peine de faire des statistiques sérieuses, a démontré que les infirmiers militaires étaient bien moins éprouvés par la phtisie que la plupart des autres catégories de soldats. Ainsi, chez les infirmiers, la tuberculose est représentée par 5,61 sur 1000, et dans l'infanterie par 8,72 sur 1.000.

C'est là ce que j'appelle un document scientifique.

Maintenant voici le passage auquel je faisais allusion :

« On voit d'ici que je veux confier la charge du sanatorium de préférence à un personnel qui a fait vœu d'obéissance, de chasteté et de pauvreté, c'est-à-dire aux religieuses.

« Je n'hésite point à le dire bien haut, quelque estime

que je professe pour l'infirmière laïque, esclave de son devoir; je trouve dans la religieuse une plus grande sécurité, un moindre souci du lendemain, une plus grande facilité dans l'accomplissement de ses fonctions.

« Je veux pour les *Pavillons séparés* la religieuse infirmière, instruite, à laquelle on aura donné au noviciat ou à la communauté toutes les notions nécessaires et utiles à la généralité des cas qu'elle pourra rencontrer.

« Puisqu'il est entendu que l'*Œuvre des Pavillons séparés* est essentiellement au-dessus de tout esprit de parti, puisque nous le voulons en dehors de toute politique, puisque nous la voyons protégée par tous ceux qui portent un nom dans la presse, la magistrature, le gouvernement, les arts, la littérature, il doit être compris que nous prenons pour la conduire le personnel qui est le plus économique, le plus consciencieux, le plus moral.

« Nous n'avons pas ici à faire le procès ni des uns ni des autres; nous ne faisons que constater que lorsque l'esprit sectaire ne vient pas dicter la sentence, c'est à la religieuse-infirmière que s'adresse de préférence tout malade libre de son choix.

« C'est là un fait brutal, je m'incline devant lui.

« Des petites bonnes de restaurant Duval seront toujours moins respectées des malades que de vraies *bonnes sœurs*.

« Du reste, rien n'empêcherait d'avoir dans tel sanatorium des religieuses, dans tel autre des laïques, afin de laisser le choix aux malades.

« La liberté est belle pour tous, mais elle s'impose pour ainsi dire davantage quand il s'agit des malades, des pauvres. Nous la voudrions complète.

« Un personnel de religieuses coûte moins cher à l'admi-

nistration, cela paraît évident aujourd'hui à l'Assistance publique, bien que cela ne semble pas devoir pencher dans la balance de ceux qui la conduisént. C'est un tort grave, parce qu'il s'agit de l'*argent des pauvres*; et dès lors, il faut être plus avare que pour soi-même.

« Mais laissons pour l'instant cette question toujours irritante parce qu'elle touche à la politique religieuse. »

Dr P. JOUSSET.

RAPPORT ANNUEL DE L'HOPITAL SAINT-LUC
à Lyon, quai Claude-Bernard, 2

Le nombre des malades traités du 1er janvier au 31 décembre 1899 s'est élevé à 236, savoir :

Hommes.	123	238
Femmes.	115	

Nombre de journées de malades, 7.215.

Moyenne de séjour . . . . 30 jours

Malades guéris	101
— très améliorés.	68
— stationnaires	17
— décédés	14
— en traitement au 31 décembre 1899. . .	25
	238

Quatorze décès ont eu lieu pendant le cours de cette année savoir :

3	par suite de	cancer intérieur.
2	—	congestion pulmonaire.
5	—	tuberculose pulmonaire.
4	—	lésions cardiaques.
14		

Le nombre des consultations s'est élevé à 26.234, soit 1.320 de plus que l'année précédente. Ce nombre est reparti en 420 séances de consultations, ce qui donne une moyenne de 65 consultants par séance.

« Ce succès, dit le rapport, dépasse toutes nos prévisions, et est bien fait pour récompenser le dévouement de nos docteurs et de nos sœurs. Ce dévouement est de tous les jours et de toutes les heures. Tous les jours, en effet, sauf les dimanches et fêtes, il y a à Saint-Luc une séance de dispensaire le matin, et, à certains jours, une seconde séance l'après-midi. Tout en faisant le service des salles et des appartements particuliers, il faut pendant de longues heures répondre aux demandes des malades et remplir les ordonnances.

Le service du dispensaire n'est pas le seul à augmenter. Le nombre des malades traités dans les salles et les appartements particuliers suit aussi une progression croissante. Nous soignons ainsi près de deux cents cinquante malades, et ce nombre augmenterait si nous pouvions augmenter le nombre de nos sœurs. Espérons qu'il sera possible aux supérieurs des Filles de la Charité de répondre favorablement à nos instances.

Un nom nouveau figure, au dispensaire, celui de M. le Dr Charles Bernay, qui, après un brillant internat aux hospices de Lyon, est venu s'adjoindre au corps médical de Saint-Luc. Son nom n'est pas inconnu parmi nous : Depuis l'ouverture de l'hopital, c'est-à-dire depuis bientot vingt-cinq-ans, son père, qui dirige la pharmacie, et son oncle, M. le docteur Prosper Bernay, ont mis au service de nos malades une activité et un dévouement qui ne se sont jamais démentis. Ouvriers de la première heure, ils ont connu les moments difficiles des commencements, et ont contribué pour une large part aux heureux résultats dont nous nous applaudissons aujourd'hui. »

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

MAI 1900

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Mai 1900.

SOMMAIRE : *Injection de digitaline. Ses indications. Mort. — Méningite grippale, mort. — Néphrite intertitielle. Albuminurie. Action de la tuberculine. — Pneumonie franche. Bryone puis phosphore. Guérison. — Albuminurie. — Effets de la tuberculine.*

ARTÉRIO-SCLÉROSE. CARDIOPATHIE VASCULAIRE. PNEUMONIE.

H... âgé de 67 ans maçon, ayant des habitudes alcooliques, déjà depuis longtemps sujet à ce qu'il appelait des accès d'asthme, fut pris environ vers le 16 avril des symptômes d'une pneumonie du côté gauche pour laquelle il fut traité chez lui, principalement par des applications de ventouses et un énorme vésicatoire. Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 25 avril, il présentait les signes d'une hépatisation de tout le poumon gauche : souffle tubaire sans râles de retour. Cependant la température n'atteignait que 38°1, ce qui, malgré une oppression considérable, nous fit espérer, vu l'époque où était arrivé la maladie, une solution heureuse. Le 11[e] jour de la maladie la température tomba à 37°,8 le matin ; le soir il est vrai elle remonta à 38°,1 et le lendemain au matin à 38°5,

mais le soir du même jour, la température tomba à 37°8 et depuis ce moment l'apyrexie fut complète.

Les premiers jours, le malade reçut Ipéca et Bryone. A partir du 28, la fièvre étant tombée, de nombreux râles sous-crépitants montraient l'hépatisation en décroissance. Cependant la dyspnée était considérable, le sommeil impossible dans la position couchée. La nuit il éprouvait des accès de suffocation violents avec angoisse et sueurs froides, sifflements qui s'entendaient à distance. Ces accès d'étouffement ne pouvaient s'expliquer, ni par l'hépatisation du poumon en pleine résolution, ni par le mouvement fébrile qui n'existait plus. Nous crûmes qu'ils avaient leur raison d'être dans la présence d'un gramme d'albumine et surtout dans la quantité extrêmement minime des urines rendues.

Le malade reçut alors Arsenic (3e trit) le jour, et Glonoïn première dil. la nuit, sans succès. Belladone et Cantharis donnés à la place d'Ars. restèrent aussi sans effet. Les accès de suffocation étaient combattus par des injections d'éther et de caféine.

Le malade allait de mal en pis ; il était à craindre qu'il succombât dans un de ces accès de suffocation. Il était évident que nous faisions fausse route. Un nouvel examen nous permit de constater que la matité transversale du cœur était considérable, que ses battements avaient revêtus le rythme embryonnaire. En même temps que grâce à l'état scléreux des artères radiales, le pouls donnait l'illusion de la plénitude et de la force.

A ce moment, nous nous rendîmes un compte beaucoup plus exact du processus morbide. Le malade n'était pas un asthmatique, mais un artério-scléreux par alcoolisme et son prétendu asthme qui le tourmentait depuis des

années n'était autre chose qu'une cardiopathie vasculaire. Du reste, l'absence des signes de l'emphysème dans le poumon sain venait confirmer notre diagnostic.

La néphrite chronique qui se traduisait par l'oligurie et l'albumine n'était qu'une dépendance de l'artério-sclérose ; c'était l'artério-sclérose du rein. Une pneumonie considérable par son étendue et sa durée, survenant dans les conditions pathologiques que nous venons d'énumérer, et peut-être aussi l'énorme vésicatoire appliqué en ville, donnèrent le dernier coup au cœur et aux reins de ce malade.

L'indication positive qui ressortait de cet état pathologique était de rétablir les fonctions du cœur et celles du rein. Deux médicaments se présentaient : la caféine et la digitale. La caféine avait déjà été donnée pendant les crises de suffocation ; elle n'avait point augmenté la quantité des urines et n'avait pas eu d'influence marquée sur la marche des symptômes. Restait la digitale indiquée par l'état du cœur et surtout par l'oligurie. L'état du muscle cardiaque serait-il encore capable de réagir sous l'action de la digitaline? Nous nous décidâmes pour la digitaline alternée au besoin avec la caféine, ces deux médicaments par la voie hypodermique.

Pour la digitaline, nous fîmes préparer la solution suivante :

Digitaline à 1 0/00	1 gramme
Eau stérilisée.	10 —

Pour les injections de caféine, on se servit de la solution du Codex.

La 1re piqûre de digitaline fut faite le 3 mai à midi ; le pouls était à 102, le cœur affolé et on comptait 112 inspirations à la minute.

A 2 heures, 2e injection de digitaline.

A 4 heures, comme il n'y avait pas de changement, on crut bien faire de pratiquer une injection de caféine qui n'eut pas de résultat.

A 7 heures, à 9 heures et à 10 heures, on revient à la digitaline. Le malade eut alors un peu de mieux, le pouls restant encore à 102, mais la respiration tombant à 36. Il n'y eut point de crises de suffocation pendant cette nuit-là, et, du reste, ses crises ne reparurent plus.

Le 4 mai, injection de digitaline à 7 heures du matin, à 9 heures et à midi. A ce moment-là, le pouls est tombé à 72, la respiration toujours à 36, le malade est réellement mieux et on lui permet de manger un œuf.

Je dois noter que, le soir du 4 mai, la température s'est élevée tout d'un coup à 39°,1. Cette élévation de température n'a pas eu de durée.

Le lendemain 5, la nuit avait été assez bonne, les bruits du cœur étaient bien mieux marqués, le pouls un peu irrégulier. Nous crûmes pouvoir suspendre la digitaline, qui fut remplacée le 5 et le 6 par le sulfate de spartéine 0,25 dans 125 grammes d'eau.

Le 7, l'état était moins satisfaisant, le cœur de nouveau affolé. Quoique l'état fût moins grave que les jours précédents, nous revînmes à la digitaline, mais en potion, X gouttes dans les vingt-quatre heures.

Le malade n'avait plus de grandes crises, il était toujours oppressé, gémissant. Les urines qui avaient augmenté après les piqûres de digitaline recommençaient à diminuer. Il y avait toujours des râles sous-crépitants nombreux dans le poumon gauche. Le malade était relativement calme. Le 7 mai, à 3 heures de l'après midi, le malade s'allongea dans son lit contre son habitude et il mourut.

Cette observation est surtout intéressante au point de vue de l'histoire pathologique de l'artério-sclérose. Sans la pneumonie dont il a été atteint, cet homme aurait pu vivre encore un temps indéterminé, et on peut dire que la pneumonie dont il était pour ainsi dire guéri quand il est entré à l'hôpital a été cependant la cause de sa mort. Comme l'a dit Huchard, la maladie est au poumon et le danger est au cœur. Chez notre malade, depuis longtemps le cœur était sclérosé, comme le prouvent les accès de pseudo-asthme dont il était atteint. La pneumonie a porté le dernier coup au cœur, d'où la dilatation de cet organe, le rythme fœtal de ses battements et les accès angoissants de suffocation qui survenaient chaque nuit. Nous croyons que la digitaline était bien indiquée dans ce cas, et que nous avions choisi, et la meilleure dose et le meilleur mode d'administration. Aussi, une amélioration incontestable s'est établie à la suite de ce traitement. Remarquons que, dans ce cas, comme dans une observation que nous avons rapportée il y a quelques années, la modification du pouls qui annonce l'aetion de la digitaline ne se manifeste qu'au bout de douze à vingt-quatre heures.

L'élévation subite de température qui s'est produite le soir du jour où nous avons prescrit la digitaline nous a paru inexplicable. Elle nous a poussé à interrompre les injections sons-cutanées.

2e OBSERVATION. — *Méningite grippale. — Mort.*

M. X..., âgé de 28 ans, cordonnier. Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 3 mai et couché au n° 11 de la salle commune. Présentait un mouvement fébrile continu à température peu élevée. Il avait une toux fréquente, expectoration muqueuse sans caractère. Ce malade se

plaignait d'une douleur du côté droit et présentait du côté gauche des râles sous-crépitants. On lui prescrivit Bryone (6e) II gouttes.

Le 4 mai, l'état était à peu près le même. Etat nauséeux et vomissements fréquents, matières verdâtres. Comme les râles sous-crépitants existaient aussi quoique moins nombreux du côté droit, je crus à une broncho-pneumonie simple et lui prescrivis Bryone (6) et Ipeca (6) alternés.

Le 5 et le 6, l'état resta à peu près le même avec un peu moins de vomissements. Le mouvement fébrile resta modéré dans les environs de 38°5 comme température, avec un pouls à 100 et 104.

Le 7 mai, l'état du malade s'est considérablement modifié. Délire des actes, il se lève, cherche à frapper, crache à la figure des assistants. Avec cela mutisme complet et refus d'avaler. Pupilles dilatées. Cependant la température n'est point très élevée, le malade est maintenu avec la camisole de force. J'ai prescrit Stramonium (T M) et comme le malade refuse d'avaler, on administre le remède par la voie hypodermique. Il a reçu ainsi 5 injections, une goutte de stramonium à chaque injection. Cette médication n'a produit aucun résultat et le malade a succombé dans la nuit du 7 au 8.

Notre diagnostic est méningite grippale ; et ce diagnostic se justifie par les raisons suivantes.

A l'entrée dans nos salles, le processus morbide présenté par ce malade se composait d'un état général et d'un état local. L'état local était caractérisé par une toux fréquente, une expectoration composée de mucosités transparentes, une douleur dans le côté droit, des râles sous-

crépitants disséminés dans les deux côtés et plus abondants à gauche.

L'état général était constitué par un mouvement fébrile, rémittent, à petites oscillations, n'atteignant jamais 39° et des vomissements verdâtres assez fréquents. Puis cet état a été brusquement terminé par tous les symptômes d'une méningite de la convexité.

Le diagnostic différentiel ne peut être débattu, ce me semble, qu'entre une pneumonie ou une grippe terminées l'une et l'autre par la méningite.

Je dis que ce malade n'avait pas de pneumonie. D'abord on n'a jamais pu constater de souffle, et l'expectoration est restée sans caractère. J'ajoute qu'ici la lésion était double et qu'une double pneumonie n'aurait pu coexister avec un mouvement fébrile aussi modéré que celui que présentait notre malade.

Nous avons porté le diagnostic de grippe, parce que la maladie, au lieu de débuter brusquement comme dans la pneumonie, s'est développée lentement par un état peu grave en apparence, d'une durée de huit jours et qui a permis au malade de venir à pied à l'hôpital. Parce que la bronchite double existe souvent dans la grippe et que les terminaisons à surprises analogues à la méningite inattendue présentée par notre malade appartiennent tout particulièrement à la grippe.

Nous disons que nous avons été surpris par l'événement terminal. Aurait-on pu prévoir cette méningite? Je ne le pense pas. Cependant les vomissements sans raison qui ont marqué les premiers jours de la maladie auraient peut-être pu nous mettre sur la voie et à ce moment, un examen attentif, une recherche des symptômes cérébraux qui pouvaient exister, et que nous n'avons pas recherchés, aurait pu éclairer le diagnostic.

Comme thérapeutique, le stramonium était parfaitement indiqué, par la fureur, l'action de cracher à la figure des assistants, le mutisme et la dilatation des pupilles. La dose a été forte, la pénétration du médicament dans l'organisme assurée, et cependant il n'a produit aucun résultat, *natura repugnante omnia vana.*

Nous avons regretté de n'avoir pas essayé, non d'un bain froid nullement indiqué dans ce cas, mais des affusions froides.

3[e] OBSERVATION. — *Néphrite interstitielle avec albuminurie. Suite probable d'un empoisonnement par l'acide chlorhydrique. Action de la tuberculine.*

Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire complète de ce malade, car il n'a été soumis que quelques jours à notre observation.

Il était depuis un mois dans le service quand nous l'avons vu. Pendant ce mois ces urines ont oscillé généralement entre 500 et 800 grammes. Exceptionnellement, il a présenté 1 litre 1/2 et même 2 litres d'urine. L'albumine a été en quantité très variable, généralement de 3 à 5 grammes exceptionnellement 0,50 centigrammes assez souvent 7,8 et 10 grammes.

Après avoir essayé *Cantharis* (III gouttes) qui porta les urines de 500 grammes à 1.400, puis à 1.000 grammes, mais en même temps qui s'accompagna de quantité énorme d'albumine (5 et 10 grammes) je prescrivis la tuberculine à la 6[e] dilution II gouttes. Ce médicament fut continué trois jours. Au bout de vingt-quatre heures l'urine était tombée à 600 grammes avec 10 grammes d'albumine. Au bout de vingt-quatre heures 400 grammes d'urine, 1 gramme d'albumine. Le lendemain 0 gr. 50 d'albumine et 300 grammes d'urine.

Effrayé par l'oligurie, je lui fis prendre successivement digitaline au 0/00 X et XX gouttes, puis Calomelas et enfin térébenthine II gouttes de substance.

Quoique la tuberculine ait été interrompue depuis quatre jours, l'albumine ne s'est plus montrée que sous forme de traces indosables.

Il y a déjà bien des années que j'ai préconisé la tuberculine dans le traitement des néphrites avec albuminurie. J'ai été conduit à prescrire ce médicament par l'étude des lésions et des symptômes qu'il détermine chez l'animal et chez l'homme malade. J'ai publié un certain nombre d'observations démontrant l'action incontestable de la tuberculine sur le symptôme albuminurie. Je n'ai jamais eu la prétention de guérir des néphrites datant de plusieurs années. Par cette raison, qu'aucun médicament n'a la puissance de reconstituer un organe sclérosé. Mais j'ai conseillé et je conseillerai encore la tuberculine comme un médicament capable d'améliorer une affection incurable de sa nature. Ici j'ai prescrit la 6e ; dans quelques cas je prescris la 3e. Je n'ai jamais employé ce médicament sous forme d'injection hypodermique. Ce serait pourtant à tenter, d'autant plus que la tuberculine à ces doses là est tout à fait inoffensive pour les non tuberculeux.

4e OBSERVATION. — *Pneumonie. — guérison.*

Mme X... âgée de 45 ans, a été prise le 29 avril d'un frisson violent avec point de côté à gauche et fièvre avec délire. Entrée à l'hopital Saint-Jacques le 2 mai, elle occupe le lit 13 de la grande salle. Elle présente l'état suivant :

Fièvre violente, 39° 8 de température. Pouls fréquent

et petit, 124 pulsations. Point de côté gauche, toux ; expectoration caractéristique de la pneumonie. Langue sèche et pâteuse, joues brûlantes.

La percussion dénote de la matité dans les deux tiers supérieurs de la région thoracique gauche où les vibrations sont exagérées.

L'auscultation nous donne dans cette région un souffle tubaire dans la partie supérieure du poumon et des râles crépitants à la fin de l'inspiration dans le 1/3 inférieur du même poumon.

Ces symptômes nous font porter le diagnostic de pneumonie et le traitement suivant est prescrit : Bryone (6e) II gouttes pour 125 grammes d'eau a raison d'une cuillerée toutes les 2 heures.

Le 4 et le 5 mai, la température restant en plateau à 39e 6 et le point de côté étant très intense, la matité ayant augmenté, j'eus la crainte d'une complication pleurétique et je prescrivis la Bryone en teinture mère à la dose de XXV gouttes. Le pouls revient à 92.

Le lendemain, toute crainte d'épanchement ayant disparu, et l'hépatisation persistant avec un certain degré de fièvre, je prescrivis Phosphore (6e) II gouttes qui fut répété le lendemain. Nous étions le 9e jour de la maladie, le mouvement fébrile cessa complètement, la température redevint normale, le pouls à 64. Les râles sous-crépitants envahirent toute la portion hépatisée et la résolution se compléta les jours suivants.

La convalescence fut entravée par des accès de névralgie dans le nerf sus orbitaire et la persistance du point de côté. Cependant, l'appétit revenait, la résolution était complète et il n'y avait aucun symptome fébrile. Ces névralgies auxquelles la malade est sujette depuis long-

temps résistaient a la noix vomique et à Spigelia. Comme elle avait chaque soir une aggravation vers 6 heures ; je prescrivis le sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes et les névralgies disparurent.

5[e] OBSERVATION. — *Insuffisanee mitrale. Albuminurie. Anasarque. Ascite Tumeur abdominale. Action de ta tuberculine sur l'albumine.*

La tuberculiue à la 6[e] dilution fut prescrite 2 jours seulement chez cette malade. Et dans cette note nous ne voulons montrer qu'une chose, c'est l'action de ce médicament sur l'albuminurie.

Cette malade qui avait 4 grammes d'albumine, le lendemain du jour où elle prit la tuberculine n'en avait plus que 2 grammes. Et quoiqu'à cause d'une oligurie des plus marquées je remplaçai ce médicament par la térébenthine, l'albumine diminua les jours suivants et le 6[e] jour après la tuberculine, il n'y avait plus qu'un gramme d'albumine. Ce matin il y avait déjà 3 grammes dans le tube d'Esbach à la suite de l'administration de la théobromine.

Ce fait ne prouve qu'une chose, c'est que la tuberculine a une action sur l'albuminurie.

D[r]. P. JOUSSET.

REVUE CRITIQUE

DU TRAITÉMENT DE LA PNEUMONIE FRANCHE AU XVIII[e] CONGRÈS ALLEMAND

On peut appeler le traitement de la pneumonie, l'*éternelle question*. La raison en est d'une part à ce que la pneumonie engage la responsabilité médicale plus qu'au-

cune autre maladie, à cause de sa terminaison si rapide et si fréquemment funeste.

La seconde raison pour laquelle j'appelle le traitement de la pneumonie une éternelle question, c'est que, à en croire les systématiques, c'est une question toujours résolue et qui par le fait, ne l'est jamais.

Bouillaud a cru que la formule des saignées coup sur coup avait jugé la question. Rasori a démontré que l'émétique à dose énorme était supérieur à tous les autres modes de traitement. Chomel réunissait ensemble la saignée, l'émétique et le vésicatoire, et prétendait faire mieux que tous les autres. Louis, le grand sceptique, démontra par des chiffres, que toutes ces médications étaient impuissantes à guérir, puisque toutes donnaient un résultat très comparable. Dielt couronne cette énumération édifiante en démontrant, par des chiffres, que le meilleur traitement de la pneumonie est l'expectation. Et maintenant, quelle doit être la perplexité d'un honnête médecin devant toutes ces affirmations absolument contradictoires? Qu'il lise le compte rendu du Congrès allemand, et je lui promets que son embarras ne fera que s'accroître. Il rencontrera la même absence d'indication, la même énumération de médications contradictoires. Cependant, pour être juste, je dois dire qu'il y a une note qui domine dans l'opinion des médecins allemands, c'est la pensée que la pneumonie peut bien guérir toute seule, qu'on ne doit pas troubler son évolution par une intervention héroïque, qu'on doit se borner à combattre certains symptômes, à soutenir les forces du malade. Il y a bien quelques notes discordantes, mais le ton général est celui que nous venons de dire.

La lecture du compte rendu de ce Congrès nous a

permis de constater que certaines opinions excessives sur le rôle du microbe pathogène s'étaient modifiées heureusement. Ainsi, en France, les bactériologistes exagérés prétendent que la pneumonie à pneumocoques diffère de la pneumonie à streptocoques et toutes les deux de la pneumonie à coli-bacilles ou à bacilles d'Eberth. Je sais que la démonstration clinique est encore à venir, mais l'affirmation est passée dans la langue.

M. von Koranyi professe l'opinion que toutes les pneumonies franches sont de la même espèce, qu'elles aient pour bacille un pneumocoque ou un streptocoque. Il soutient avec Persik, Kruse, Pausini et Lubarsch que le diplocoque et le streptocoque ne sont que des races différentes d'une même espèce.

Von Koranyi, comme le plus grand nombre des médecins, ne se rend point un compte exact du rôle de l'organisme dans la production des maladies. Pour lui, le microbe est réellement pathogène. Et comme il trouve absurde d'expliquer la différence des formes par la différence des microbes, il rend compte des formes différentes de la pneumonie, par le degré de virulence du microbe, sans se demander si ce n'est pas l'inverse qui a lieu, et si la virulence du microbe ne tient pas à la gravité de la pneumonie.

Il y a d'ailleurs une question préalable, c'est qu'il y a des expériences de laboratoire qui démontrent que le streptocoque d'angine extrêmement grave et d'endocardite infectieuse est absolument dénué de virulence et qu'il peut être inoculé aux animaux les plus sensibles sans produire même un abcès.

La virulence exaltée des microbes est donc encore une légende. Seulement elle durera longtemps, parce qu'elle

est commode pour expliquer les différentes formes de maladie sans tenir compte de la cellule organique.

Arrivons maintenant à l'étude des différents traitements proposés au Congrès pour la pneumonie franche.

Von Koranyi a le dessein de nous exposer le traitement *rationnel* de la pneumonie. J'avoue que je préférerais beaucoup l'exposition d'un traitement reposant à la fois sur des indications positives et sur la connaissance expérimentale de l'action des médicaments à employer. Après ça von Koranyi entend-il par rationnelle une médication raisonnable; c'est ce que nous allons voir.

Cet auteur reconnaît d'abord que la pneumonie produit une mortalité énorme et il la place immédiatement après la phtisie.

La sérumthérapie n'est guère sortie des laboratoires. C'est une question encore à l'étude.

Von Koranyi fait remarquer que la pneumonie excite une leucocytose qui est un instrument de la guérison, et que pour imiter ce travail naturel, on a expérimenté dans la pneumonie les effets de l'antipyrine, de l'acétanilide, de la pilocarpine, de la nucléine. « Mais ces produits, pas plus du reste que les applications hydrothérapiques ou les abcès de fixation n'ont donné de résultat appréciable. »

L'augmentation du taux de la fibrine et de l'urée augmente le poids spécifique du sang, d'où résulte une augmentation de résistance dans la circulation capillaire. Cet état serait heureusement modifié par les inhalations d'oxygène.

Dans les cas d'hyperhémie exagérée du poumon ou d'œdème pulmonaire, la saignée peut se montrer très efficace.

Je ne comprend guère l'hyperhémie et l'œdéme dans un poumon complètement hépatisé.

L'injection de sérum physiologique devrait augmenter la quantité d'urine et entraîner les toxines. C'est là la théorie, mais les observations cliniques font défaut et le docteur Rumpf trouve ce moyen tout à fait inutile.

Von Koranyi préconise contre la fièvre la quinine et le salicylate de soude. Comme ce médecin ne donne aucune indication de l'emploi de ces deux médicaments, je ne puis conclure. Mais ce que mon expérience clinique m'a appris, c'est qu'en dehors des pneumonies intermittentes, le sulfate de quinine a une action défavorable sur la pneumonie. Quant au salicylate, je ne l'ai jamais employé ni vu employer. Von Koranyi résume ainsi son opinion.

« Nous possédons différents moyens efficaces pour combattre quelques symptômes graves ; mais il nous manque encore un remède spécifique, qui aurait pour effet d'abréger la durée de la maladie ou d'abaisser le taux de la mortalité.

Pel, d'Amsterdam, professe l'opinion que la pneumonie guérit surtout par un effort de la nature. Il repousse les traitements dits héroïques et borne à peu près toute la thérapeutique à celle des symptômes. Les passages suivants font bien comprendre sa pensée.

« La pneumonie n'est heureusement pas une de ces affections qui trouvent le malade sans défense : en laissant agir la nature, on voit, dans la majorité des cas, survenir la guérison, grâce aux moyens de protection dont dispose l'organisme, et aux procédés par lesquels il arrive à neutraliser les poisons répandus dans le sang et dans les organes. Le rôle important de la fibrine et des leucocytes

dans cette lutte ressort d'une façon éclatante de la fréquence de l'hyperleucocytose et de l'hyperfibrinose dans le sang des pneumoniques, et nous avons des raisons de considérer l'élévation de la température comme un adjuvant important de ces deux facteurs. »

Voici un passage ou la même idée est exprimée d'une manière encore plus nette :

« Les chances de guérison de la pneumonie seront d'autant plus grandes qu'on aura moins cherché à en influencer le cours régulier, c'est-à dire à troubler le jeu normal des forces curatives de l'organisme. Je considère un pneumonique comme plus en sûreté entre les mains d'un médecin qui se borne à observer attentivement le cours de la maladie et à en traiter purement les symptômes, qu'entre celles d'un praticien qui cherche, par des moyens héroïques ou par l'emploi de spécifiques, à enrayer le cours de la maladie. »

Voici maintenant la condamnation des traitements dits héroïques de la pneumonie :

« Un remède qui aurait pour effet de diminuer la gravité de l'affection trouverait dans tous ces cas un champ d'action aussi vaste que fertile. Malheureusement, l'examen des faits nous oblige à reconnaître que, jusqu'à présent, aucun des nombreux agents thérapeutiques dont nous disposons (doses héroïques d'émétique, vératrine, calomel, salicylate de soude, pilocarpine, iodures, quinine, digitale, saignée, etc.) n'arrive à raccourcir ni même à influencer d'une manière favorable l'évolution de la maladie. L'avenir nous renseignera sur la valeur de la sérothérapie.

Le traitement symptomatique de Pel nous semble assez pauvre. La poudre de Dower pour combattre la toux, les

applications chaudes ou froides contre le mal de côté ; au besoin une injection de morphine à dose extrêmement faible; les expectorants, dénomination bien vague pour désigner une action médicamenteuse.

Dans les cas d'asthéuie, il recommande l'alcool, mais avec beaucoup de modération. Il prétend qu'on a beaucoup trop surfait ce moyen. Dans la même séance, le docteur Smith émet l'opinion que l'alcool est un médicament souvent dangereux. Le camphre sous forme d'injection hypodermique est par contre préconisé par Pel et Schultz. Pel juge l'hyperthermie nécessaire à la guérison et proscrit les bains froids. Nothnagel proteste contre cette opinion, et met dans les bains froids toutes ses pneumonies.

Baumler de Fribourg me semble dans le vrai entre ces deux exagérations, en soutenant que l'hydrothérapie, mais sous forme l'affusion froide, est un excellent moyen pour combattre les complications de méningite.

Leuharz est le seul qui préconise sans restriction la digitale comme le tonique par excellence du cœur.

Il en est de la digitale comme de tout autre médicament. Prescrire la digitale sous la seule indication de faiblesse du muscle cardiaque, c'est faire de la fantaisie. Pourquoi pas la cafeine, le camphre, l'éther, le seigle ergoté, pour ne parler que des médicaments employés dans la pneumonie ?

Les indications de la digitale peuvent cependant être précisées. L'action physiologique de ce médicament est suffisamment connue pour cela. La digitale est indiquée toutes les fois que la faiblesse du musle cardiaque s'accompagne d'irrégularité du pouls, et d'une diminution notable dans la quantité des urines. Ce dernier symptôme est de rigueur.

La digitale prescrite suivant ces indications réussira toujours à modifier heureusement l'état du malade, à moins que l'état agonique soit imminent ou commencé. J'emploie dans ce cas la digitaline sous forme d'injection hypodermique. Dans 10 grammes d'eau stérilisée, je mets 1 gramme de la solution au millième de digitaline, et je pratique une injection de 1 gramme de ce liquide toutes les deux heures, jusqu'à ce que les urines augmentent.

En résumé, il ressort de ce travail que dans l'école allopathique l'opinion la plus répandue enseigne que la pneumonie guérit spontanément, qu'il faut renoncer au traitement dit héroïque : saignées coup sur coup ; émétique à haute dose ; médicaments antithermiques, alcool, bains froids. Pour la généralité des médecins, la thérapeutique de la pneumonie se réduit au traitement des symptômes et par une pauvre médication. Nous avons à nous louer de voir l'abandon, qui s'accentue de plus en plus, des médications perturbatrices. S'abstenir, c'est de la sagesse, quand on n'est pas guidé par des indications positives ; et ces indications positives, nos adversaires ne pourront les trouver, ni dans le galénisme, ni dans cette espèce de syncrétisme qui règne à sa place dans les écoles. Et, quoique notre appel doive peut-être rester encore longtemps sans résultat, nous continuerons à les engager à dépouiller le vieil homme et à consentir de recevoir de nous la leçon qui leur enseignera quel est l'ensemble des symptômes qui, dans la pneumonie, indique l'emploi de la bryone, du phosphore, de l'émétique, de l'arsenic et des autres médicaments dont la clinique a confirmé l'efficacité.

D[r] P. Jousset.

HYGIÈNE PUBLIQUE

UNE NOUVELLE ATTEINTE AU SECRET MÉDICAL

La déclaration de la rougeole et de la tuberculose.

L'esprit d'asservissement et de servilité tend de plus en plus à envahir notre société, si jalouse en apparence de ses droits et de son indépendance. D'années en années, le pouvoir, ou ce qui le représente directement, l'administration, se mêle de plus en plus à la vie des citoyens, restreignant leurs droits et leur imposant des devoirs fictifs. La profession médicale, si indépendante par ses traditions, si jalouse de ses prérogatives, si soucieuse d'échapper au despotisme administratif, est devenue le but sur lequel se concentrent les efforts de ces hommes qui considèrent que l'Etat est tout, que le citoyen n'est rien.

L'œuvre des médecins cantonaux a été un moyen puissant pour l'asservissement des médecins. Embrigadés par escouades, mal payés, mais obligés de respecter l'administration sous peine d'expulsion, ils ont malheureusement perdu une grande partie de leur indépendance professionnelle.

Cette création des médecins cantonaux n'est qu'un des anneaux de la chaîne destinée à asservir la corporation qui, jusqu'ici, était restée la plus indépendante. Mais pour aujourd'hui nous ne voulons nous occuper que d'une mesure toute récente qui tend à faire du médecin un auxiliaire de la Préfecture de police, en lui dénonçant les malades atteints d'un nombre de maladies déterminées.

Je tiens à déclarer que le médecin a le devoir d'aider l'hygiène publique en fournissant tous les renseignements qui peuvent être utiles pour prévenir les épidémies. Mais je mets à ce concours deux conditions : la première, c'est que les médecins soient en rapport avec leurs pairs, l'Académie de médecine par exemple, et non avec la Préfecture de police ; la seconde, c'est que les renseignements fournis par les médecins respectent absolument le secret professionnel.

L'Académie de médecine vient d'être saisie coup sur coup de deux demandes : la déclaration des malades atteints de rougeole et la déclaration des malades atteints de *phtisie ouverte*, c'est-à-dire des malades ayant déjà des excavations.

I. — *De la déclaration des malades atteints de rougeole.* — C'est M. Vallin qui demande à l'Académie d'inscrire la rougeole au rang des maladies dont la déclaration est obligatoire. M. le professeur Grancher, qu'on trouve toujours au premier rang dans toutes ces questions de prophylaxie par la police, appuie la demande de M. Vallin. Seulement il l'appuie d'une manière toute particulière, et voici les arguments que nous trouvons dans sa leçon sur la rougeole, à l'hôpital des Enfants-Malades (*Indépendance médicale*, p. 90) (1).

Lors de la présentation de la loi en 1892, M. Grancher a soutenu l'opinion que la déclaration de la rougeole était inutile, parce que, ou bien elle arrivait trop tard quand la contagion était déjà faite, et qu'ensuite elle ne servait à

(1) On ne rend pas M. le professeur Grancher absolument responsable du texte reproduit par le journal, cependant ce n'est que là que nous pouvons prendre nos arguments.

rien, parce que le germe rubéolique mourait rapidement et ne persistait pas après l'éruption.

Le professeur Grancher professe aujourd'hui la même opinion; il enseigne que la désinfection de la rougeole est inutile, et cependant il appuie la proposition de M. Vallin, parce que cette proposition s'applique seulement à la rougeole compliquée de broncho-pneumonie. La désinfection, dans l'esprit de ces deux médecins, s'appliquerait donc à la broncho-pneumonie et non à la rougeole.

Je ne pense pas qu'il puisse entrer dans la pensée de M. le professeur Grancher, pas plus que dans celle de tout médecin expérimenté, que la broncho-pneumonie de la rougeole puisse se transmettre seule et indépendamment de la rougeole. Ce fait serait contraire aux lois de la pathologie et aux enseignements de la clinique. Si donc, pour parler un langage strictement exact, c'est la rougeole compliquée de broncho-pneumonie dont on veut empêcher la contagion, et que de l'aveu même de ceux qui demandent la déclaration obligatoire de la rougeole, les mesures de désinfection sont absolument inutiles, à qui pourra-t-on faire comprendre que ces mesures deviendront efficaces pour la rougeole compliquée de pneumonie. C'est une proposition qui ne tient pas debout.

Le fait que rapporte M. Henrot de Reims (séance du 3 avril) semble démontrer que la fréquence ou la rareté de la rougeole obéissent à des lois qui n'ont rien à faire avec la désinfection. D'après M. Henrot, la rougeole sévirait environ tous les cinq ans à Reims et atteindrait une mortalité de 250, tandis que dans les années intercallaires on n'observerait que 3 ou 4 décès. Tous les médecins qui ont exercé dans des localités un peu circonscrites confirmeront le fait avancé par M. Henrot. Ce retour périodique

des épidémies existait avant la découverte de la désinfection et persistera malgré elle (1).

En dehors de la question d'hygiène publique que nous traitons en ce moment, nous désirons dire un mot sur la mortalité effrayante de la rougeole dans les hôpitaux. « Notre mortalité oscille entre 30 et 40 p. 100; dans un pavillon bien tenu, je crois que la mortalité pourrait être abaissée à 10 ou 15 p. 100, c'est encore effrayant. »

Sans doute les rubéoleux des hôpitaux de l'Assistance publique sont dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, au moins comme encombrement. Cependant, pour que la mortalité atteigne, malgré tous les perfec-

(1) En lisant le compte rendu de la séance de l'Académie du 27 mars 1900 (*Semaine médicale*, 28 mars), je trouve ceci : « Je crois, dit M. Vallin, que dans l'état actuel de la science, il faudrait réserver l'obligation de la déclaration pour les cas où la pneumonie et la broncho-pneumonie présentent l'allure épidémique ou un caractère infectieux et contagieux nettement déterminé; en un mot, dans les cas où *la virulence du pneumocoque est exaltée* ».

Nous pourrions laisser le praticien préoccupé et anxieux à la recherche des signes de l'exaltation du pneumocoque, mais M. Grancher a tranché la question. « J'ai, dit-il, demandé l'inscription de la pneumonie et de la broncho-pneumonie sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, parce que ce sont des affections qui sont *toujours contagieuses même en dehors de tout état épidémique*

A quoi je réponds que personne, pas même M. Netter, n'a pu citer une observation de contagion de pneumonie, en dehors de la grippe et de la fièvre typhoïde. Que placé pendant sept ans à la tête d'une énorme clientèle à la campagne, j'ai vu des cas de contagion nombreux de fièvres éruptives et de fièvres typhoïdes, et que je n'ai jamais observé un cas de contagion de pneumonie. Et cependant, la désinfection est encore lettre morte au village.

tionnements de la désinfection, à un chiffre de 40 p. 100, je ne puis accepter que la thérapeutique ne soit pour quelque chose dans cette mortalité effrayante. Car enfin, à l'hôpital Saint-Jacques, où la salle à 6 lits que nous réservons ordinairement aux rubéoleux a été souvent pleine, et depuis trente ans, nous n'avons pas enregistré un seul décès.

La supériorité de notre thérapeutique dans le traitement de la broncho-pneumonie est certainement pour quelque chose dans ce succès. Personnellement, je n'ai jamais observé un cas de mort par la broncho-pneumonie de la rougeole.

II. — *Déclaration obligatoire de la phtisie ouverte.* — M. le professeur Grancher a demandé à l'Académie d'inscrire, au rang des maladies dont la déclaration est obligatoire, les cas de phtisie ouverte. Il entend par cette expression les cas de phtisie avec excavation.

Ainsi, s'appuyant sur une opinion médicale, opinion contestée en France et en Allemagne, le professeur Grancher demande au médecin une infraction grave au secret médical : la dénonciation d'un cas de tuberculose dans une famille.

Quand on a été témoin de la grande importance qu'on attache dans les familles à cacher les tares tuberculeuses, les explications ingénieuses à l'aide desquelles les parents cherchent à expliquer la maladie quand un des leurs est atteint : excès, accident, froid, rhume négligé, on s'ingénie de toutes façons pour expliquer une maladie qui est considérée dans le monde comme une tare familiale. Cette crainte de rendre publique la tuberculose d'un des membres de la famille est poussée telle-

ment loin que le médecin lui-même a la plus grande peine à recueillir les renseignements héréditaires qui lui sont cependant nécessaires, renseignements qui ne lui sont confiés qu'avec répugnance et sous le sceau du secret; et c'est ce secret que M. le professeur Grancher veut que nous allions afficher officiellement par une déclaration à la police. Non, jamais la conscience médicale ne consentira à une semblable forfaiture. Le secret médical est un bloc intangible, et si vous l'entamez par un seul point, vous le détruisez.

Et tout cela, parce que la poussière des crachats desséchée est une source fréquente de phtisie pulmonaire, quoique les expériences de tous les bactériologistes et principalement de Cadéac et Mallet aient démontré l'inanité de ce mode de transmission, et qu'il n'existe pas une seule observation clinique sérieuse qui démontre la transmission de la phtisie par les poussières tuberculeuses.

Et la défense de cracher dans les rues ! C'est là une plaisanterie sublime. Et alors où crachera-t-on ? Dans des crachoirs disposés de distance en distance comme les pissotières. Et ceux qui cracheront à côté ?

Et cependant, quant on est médecin, on devrait connaître les choses dont on parle. On ne devrait pas ignorer les travaux des grands maîtres. On devrait savoir que Koch, l'inventeur du bacille de la tuberculose, a démontré que la lumière solaire tuait le microbe en une heure et la lumière diffuse, en quatre heures. En sorte que quand le crachat est desséché il a perdu sa virulence et ne peut donner naissance qu'à une poussière inerte.

Après cela, quand on prend du microbe, on n'en saurait trop prendre. Et puis ça pose bien un homme de

s'occuper d'hygiène publique, d'édicter des mesures de salut et de lutter victorieusement contre la tuberculose. Terminons comme Hamlet : Qu'est-ce que tout cela ? *Des mots, des mots, des mots.*

Dr P. JOUSSET.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX A SOUPAPE.

Le pneumothorax à *soupape* n'est pas seulement une variété de pneumothorax par effraction intéressante au point du vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il constitue une forme clinique dont le diagnostic, le pronostic et le traitement méritent, je crois, d'attirer plus encore qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent l'attention des praticiens.

Je n'insisterai pas sur les diverses dispositions anatomiques de la perforation pulmonaire qui favorisent le développement du pneumothorax à soupape en permettant l'entrée de l'air des bronches dans la cavité pleurale tandis qu'elles s'opposent au contraire à sa sortie. Exceptionnellement la soupape est constituée par une fausse membrane pleurale appliquée sur la perforation à la façon d'un clapet. Si l'existence de cette fausse membrane n'a pas été admise quelque peu théoriquement, l'air venant des bronches pourrait seul la soulever et elle obturerait d'autant mieux l'orifice sous-jacent que la pression de l'air intra-pleural deviendrait plus forte. Presque jamais, pour ne pas dire jamais, il n'existe de soupape véritable ; c'est l'étroite coaptation des lèvres de

la perforation pulmonaire ou bien c'est l'accolement des parois d'une fistule broncho-pleurale étroite, longue et sinueuse qui font office de soupape, et qui, par un mécanisme quelque peu différent, aboutissent au même résultat, la possibilité du passage de l'air des bronches dans la plèvre et l'impossibilité de son retour en sens inverse.

L'une ou l'autre des diverses dispositions anatomiques que je viens de rappeler est nécessaire au développement du pneumotherax à soupape ; aucune d'elles cependant ne suffit à la manifestation clinique de cette variété de pneumothorax. Cliniquement, le pneumothorax à soupape existe seulement lorsque l'air contenu dans la cavité pleurale y est accumulé à une tension plus grande que la pression atmosphérique.

Pour que cette accumulation se réalise, il est en outre indispensable que le malade tousse, et plus exactement qu'il tousse avec effort. Comme l'a montré M. Bouveret, c'est seulement pendant l'effort, spécialement pendant les efforts de toux, que la pression intra-bronchique surpasse la pression atmosphérique au point de permettre l'introduction d'une nouvelle quantité d'air dans une cavité pleurale où déjà la pression est supérieure, tout au moins égale à celle de l'atmosphère. Si le malade ne fait pas d'efforts de toux, en dépit de la disposition en soupape de la perforation pulmonaire, l'air des bronches passe dans la cavité pleurale, mais il ne peut s'y accumuler à une tension plus grande que la pression atmosphérique. Sans efforts de toux, on peut dire qu'il n'existe pas cliniquement de pneumothorax à soupape.

Ainsi le développement du pneumothorax à soupape dépend essentiellement de deux conditions, la première d'ordre anatomique que nous sommes incapables de modi-

fier, la seconde d'ordre fonctionnel qu'il est au pouvoir de la thérapeutique d'atténuer, sinon de supprimer.

Dans tous les cas de perforation pulmonaire avec passage de l'air dans la plèvre, la subite disparition du vide pleural amène la rapide rétraction du poumon perforé qui n'obéit plus qu'à son élasticité propre, et pas suite la brusque suppression d'une très notable portion du champ de l'hématose ; il en résulte un trouble si profond des fonctions circulatoire et respiratoire que la mort avec collapsus cardiaque et insuffisance pulmonaire aiguë en est souvent la conséquence.

Dans le pneumothorax à soupape, le poumon perforé n'est pas seulement retracté, il est encore comprimé par l'air accumulé dans la plèvre sous une pression supérieure à la pression atmosphérique, et la compression s'exerce aussi sur le cœur, sur les gros vaisseaux, sur le poumon sain, en un mot sur tous les organes intra-thoraciques. La compression exercée par l'épanchement gazeux devient tout à fait comparable par ses effets à celle des grands épanchements liquides de la pleurésie aiguë. Aux dangers qui sont la conséquence directe de la perforation pulmonaire s'ajoutent les dangers qu'entraîne cette compression de plus en plus forte après chaque accès de toux. De là vient la gravité si grande du pneumothorax à soupape.

Contre la perforation pulmonaire nous sommes tout à fait désarmés Aux troubles circulatoires qu'elle provoque on ne peut opposer qu'un traitement palliatif en cherchant à relever et à soutenir l'énergie du cœur à l'aide des moyens habituellement employés dans ce but. Mais il est très facile de supprimer l'hypertension de l'épanchement gazeux et par suite la compression qui exerce sur tous les organes intra-thoraciques ; il suffit de donner issue à l'air

accumulé en excès dans la plèvre. C'est pourquoi le diagnostic du pneumothorax à soupape ne présente pas seulement un intérêt de curiosité pour le médecin ; il est pour le malade d'un intérêt capital puisque sa vie ou sa mort peuvent dépendre de ce diagnostic et de la réalisation ou de l'omission de l'intervention thérapeutique qu'il commande.

Je serai très bref sur la symptomatologie de l'affection. Au point de vue des troubles fonctionnels, le pneumothorax à soupape ne diffère pas tout d'abord du pneumothorax ouvert, mais à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents, les différences apparaissent et s'accentuent, tout au moins quand la survie est assez longue pour permettre leur manifestation. Dans le pneumothorax ouvert, si la mort ne survient pas rapidement, d'ordinaire en un ou deux jours au plus, par collapsus cardiaque et insuffisance aiguë du poumon, si le malade ne succombe pas, pour ainsi dire, sous le choc, il parvient le plus souvent à s'accommoder aux nouvelles conditions qui lui sont faites, son état s'améliore et, bien que la dyspnée persiste, sa vie ne paraît plus immédiatement menacée. Dans le pneumothorax à soupape, il est vrai que le malade est plus exposé encore que dans le pneumothorax ouvert à mourir rapidement. Toutefois, s'il survit au choc, s'il franchit heureusement les vingt-quatre premières heures qui suivent la perforation, il est habituel de voir les accidents, bien loin de s'amender, suivre une marche accendante, à mesure que l'air, à la suite des efforts de toux, s'accumule en plus grande quantité dans la plèvre. La dyspnée, la cyanose, l'asphyxie vont en augmentant et, pour être retardée, la terminaison fatale ne se fait pas d'ordinaire très longtemps attendre.

Ainsi l'exagération progressive des troubles fonctionnels constitue une forte présomption en faveur de l'existence du pneumothorax à soupape. Souvent les signes physiques fournis pas l'examen de la poitrine à l'aide des procédés habituels viennent confirmer cette présomption; je me contente de rappeler les plus importants, l'extension croissante de la zone de sonorité tympanique et le déplacement des viscères, abaissement du foie ou déviation du cœur à droite, suivant que l'épanchement gazeux siège à droite ou à gauche.

Mais le premier en date et en importance des signes du pneumothorax à soupape, le seul signe de certitude, surtout au début des accidents, c'est l'hypertension de l'épanchement gazeux, c'est la constatation d'une pression intra-pleurale supérieure à la pression atmosphérique.

Pour mesurer la pression intra-pleurale, pour reconnaître avec certitude et au plus tôt le pneumothorax à soupape, plus généralement pour distinguer en présence d'un cas de pneumothorax s'il est ouvert, s'il est à soupape ou s'il est fermé, j'emploie un moyen très simple, très inoffensif qui ne constitue pas seulement un instrument de diagnostic différentiel mais qui réalise, je crois, le meilleur mode de traitement du pneumothorax avec hypertension.

Je me sers d'une aiguille creuse, d'une banale aiguille à injections hypodermiques, reliée par un tuyau souple de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ et présentant un diamètre intérieur de 8 à 10 millimètres au moins. Ce tube de verre, en position verticale, plonge à moitié dans l'eau que contient un récipient quelconque, une éprouvette à pied par exemple. Tel est le manomètre, facile à improviser, qui me sert au dia-

gnostic différentiel des trois sortes de pneumothorax.

Le manuel opératoire est le suivant. L'appareil est stérilisé, la peau de la région choisie pour la ponction est aseptisée suivant les règles. On plonge alors l'aiguille dans un espace intercostal en lui donnant de préférence une direction oblique, de manière à éviter la superposition des minimes boutonnières faites aux divers plans musculaires et fibreux successivement traversés. Il est préférable aussi d'avoir placé, avant la ponction, une pince à arrêt sur le tuyau de caoutchouc qui relie l'aiguille au tube de verre; ainsi on peut mieux observer, après l'introduction de l'aiguille, au moment de l'enlèvement de la pince, ce qui se passe dans l'éprouvette.

Si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tuyau de caoutchouc et le tube de verre sous la forme d'une série de bulles qui traversent l'eau de l'éprouvette et viennent crever à sa surface. Ces bulles se succèdent plus ou moins nombreuses, suivant la quantité d'air accumulée en excès dans le thorax jusqu'au moment où la pression dans la cavité pleurale est redevenue égale à celle de l'atmosphère. L'eau du tube de verre et celle de l'éprouvette où il plonge sont alors au même niveau, tout au moins quand le malade suspend sa respiration. Quand il respire, l'eau monte et descend dans le tube; elle monte pendant l'inspiration et descend pendant l'expiration. Le nombre de centimètres dont elle s'élève et s'abaisse alternativement par rapport au niveau de l'eau dans l'éprouvette permet de mesurer exactement les variations positives et négatives de la pression intra-pleurale sous l'influence des mouvements respiratoires. A ce moment, alors que la pression intra-pleurale est

redevenue égale à celle de l'atmosphère, si on invite le malade à tousser, c'est-à-dire à faire effort, et par suite à accroître sa tension intra-thoracique, de nouveau on voit des bulles d'air sortir du tube de verre à travers l'eau de l'éprouvette. Cette expulsion d'air se renouvelle chaque fois que le malade tousse ; puis aussitôt que la toux a pris fin, l'eau remonte dans le tube au même niveau que dans l'éprouvette, mais non plus haut. C'est la preuve que l'air chassé de la cavité pleurale à chaque effort de toux a été remplacé par une nouvelle quantité exactement équivalente. Pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, il est bon de couvrir d'un peu de vaseline ou de paraffine l'orifice cutané de la ponction au pourtour de l'aiguille ; on peut ainsi être assuré que l'air qui est rentré dans la cavité pleurale et y a ramené la pression à son degré primitif n'a pu venir que des bronches.

Tous les phénomènes que je viens de décrire, je les ai observés sur deux malades de mon service. Au résumé, l'hypertension de l'épanchement gazeux, en d'autres termes l'existence du pneumothorax à soupape, se reconnaît à ce signe pathognomonique que la ponction capillaire provoque immédiatement, avant tout effort de toux, l'expulsion d'un plus ou moins grand nombre de bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette.

Rien de tel ne peut se produire si la pression intrapleurale n'est pas supérieure à la pression atmosphérique, c'est-à-dire quand le pneumothorax est ouvert ou fermé. Quand le pneumothorax est ouvert, au moment de l'enlèvement de la pince, l'eau conserve dans le tube de verre le même niveau que dans l'éprouvette ; elle s'élève seulement un peu pendant l'inspiration, puis s'abaisse quelque peu pendant l'expiration. Il est indispen-

sable que le malade fasse effort, qu'il tousse, pour que des bulles d'air s'échappent du tube à travers l'eau de l'éprouvette. Après la toux, l'eau reprend dans le tube son niveau primitif et témoigne que l'air expulsé a été remplacé dans la cavité pleurale par une quantité équivalente venue des bronches à travers la perforation pulmonaire. C'est ce que j'ai eu l'occasion de vérifier plusieurs fois, particulièrement sur une malade de mon collègue et ami, le Dr Siredey.

Par contre, il ne m'a pas été donné encore d'observer, à ce point de vue, un cas de pneumothorax fermé. Je n'en crois pas moins pouvoir prédire, sans crainte de me tromper, ce que donnera en pareil cas la ponction avec l'instrument en question. Au moment de l'enlèvement de la pince, ou bien le niveau de l'eau dans le tube s'élèvera quelque peu, si toutefois la pression intra-pleurale est inférieure à la pression atmosphérique, ou bien il demeurera stationnaire, comme dans le cas du pneumothorax ouvert, si la pression pleurale égale la pression atmosphérique. Dans ces deux alternatives, le pneumothorax fermé se reconnaîtra à ce signe que, si un effort de toux provoque l'expulsion de quelques bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette, le niveau de l'eau dans le tube, après cette expulsion, s'élèvera un peu plus haut qu'avant, parce que l'air chassé de la plèvre ne sera pas remplacé par l'air des bronches.

Ainsi une ponction capillaire permet de reconnaître si le pneumothorax est ouvert, fermé ou à soupape. Cette ponction inoffensive suffit au diagnostic ; je crois qu'elle suffit aussi au traitement. Il est bien entendu que j'envisage seulement les cas de pneumothorax où le liquide concomitant, séreux ou purulent, ne constitue, au point de

vue thérapeutique, qu'une quantité négligeable. Je voudrais montrer que l'aspiration, méthode si précieuse dans les épanchements liquides de la plèvre, doit être exclue du traitement des épanchements gazeux.

En effet, si le pneumothorax est ouvert, à quoi sert l'aspiration ? Elle ne peut parvenir à débarrasser la plèvre de l'air épanché puisque cette plèvre, en libre communication avec les bronches, se remplit au fur et à mesure qu'on cherche à l'évacuer : autant vaudrait, comme je l'écrivais ailleurs (1), emplir le tonneau des Danaïdes.

Par contre, si le pneumothorax est fermé, en ce cas la maladie n'est plus à son début, l'aspiration devient dangereuse car elle peut amener la rupture de la cicatrice encore fragile qui ferme la perforation pulmonaire. En échange de ce risque elle n'apporte d'ailleurs aucun avantage au malade: il a franchi la période périlleuse du pneumothorax et après la fermeture de la perforation, l'air intra-pleural est rapidement résorbé, si toutefois les lésions du parenchyme pulmonaire ne s'opposent pas à son déplissement et ne l'empêchent pas de reprendre son volume primitif.

Reste le cas du pneumothorax à soupape. Ici encore, comme dans le pneumothorax ouvert, vouloir vider complètement la cavité pleurale serait tenter l'œuvre des Danaïdes, puisque la perforation pulmonaire n'est pas cicatrisée. On ne peut que donner issue à l'excédent des gaz en abaissant la pression intrapleurale jusqu'à ce qu'elle redevienne égale à celle du dehors. Pour provoquer cette fuite de l'air en excès dans la plèvre, l'aspiration n'est nullement nécessaire, une simple ponction suffit. Ainsi,

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° du 4 septembre 1897.

que le pneumothorax soit ouvert, à soupape ou fermé l'aspiration n'est jamais nécessaire ; elle peut devenir dangereuse ; on ne doit donc jamais, à mon avis, y avoir recours.

Si la ponction suffit au traitement du pneumothorax à soupape, il n'est pas indifférent qu'elle soit pratiquée avec un trocart, même de petit calibre, ou avec une aiguille fine. Pour l'expulsion des gaz, c'est assez d'un trajet presque capillaire. Mais d'autres raisons plus puissantes plaident en faveur de l'aiguille. La ponction faite avec un trocart du genre de ceux qui sont habituellement employés dans le traitement des pleurésies aiguës expose le malade au développement de l'emphysème sous-cutané généralisé, c'est-à-dire à un accident qui peut rapidement mettre sa vie en péril et nécessiter l'opération de l'empyème La fine piqûre d'une aiguille obliquement introduite éloigne à peu près complètement le risque de cette redoutable complication ; elle est à peine douloureuse, ne laisse pas de traces et peut être facilement renouvelée autant de fois qu'il est nécessaire.

Je crois donc que l'instrument qui me sert au diagnostic du pneumothorax à soupape convient au mieux à son traitement. Dans la thèse inaugurale que mon élève et ami, le Dr Charles Desbiez (1), vient, sur mon conseil, de consacrer à cette forme de pneumothorax, sont rapportées les observations de deux malades que j'ai traités avec avantage de cette façon. Les ponctions capillaires chez ces malades ont dû être répétées deux fois, du jour au lendemain dans un cas, à plusieurs jours d'intervalle dans

(1) Dr Charles Desbiez. *Le pneumothorax à soupape et son traitement.* Paris, 1900.

l'autre cas. Je suppose qu'elles pourraient. au besoin, être renouvelées sans aucun inconvénient plusieurs fois dans la même journée, et que, si le malade ne cessait de tousser, on pourrait même, par exception, laisser à demeure pendant une partie de la journée l'aiguille introduite dans un espace intercostal ; on aurait soin, dans ce cas, de l'envelopper et de la recouvrir d'une couche d'ouate stérilisée ; elle demeurerait en communication avec le manomètre placé sur une table à côté du lit et serait l'objet d'une constante et étroite surveillance.

J'ai rappelé l'influence des efforts de toux sur l'accumulation de l'air dans la plèvre. C'est dire que l'usage interne de la morphine, très utile dans toutes les perforations pulmonaires pour combattre à la fois la douleur, la dyspnée et la toux, est particulièrement indiqué contre ce dernier symptôme dans les cas de pneumothorax à soupape. Sans préjudice de l'emploi des moyens dirigés contre le collapsus cardiaque, injections sous-cutanées d'huile camphrée, d'éther ou d'eau salée, les injections sous-cutanées de morphine constituent, à mon avis, le meilleur adjuvant des ponctions capillaires, dont elles servent à prévenir ou à retarder le retour.

L'emploi combiné des ponctions capillaires et de la morphine en injections m'a permis, chez les deux malades cités plus haut, de conjurer les effets menaçants de l'accumulation de l'air dans la plèvre et de retarder notablement la terminaison fatale qui est survenue seulement du fait des progrès de l'infiltration tuberculeuse des poumons. Ponctions capillaires et morphine, telle me paraît donc devoir être la formule de traitement du pneumothorax à soupape. J'espère qu'à l'avenir ce traitement permettra de n'avoir recours que dans des cas tout à fait

exceptionnels à l'emploi de la canule à demeure, préconisée par M. Bouveret, et destinée à mettre la cavité pleurale, au travers d'un filtre d'ouate stérilisée, en communication permanente avec l'atmosphère.

Je rappelle que dans le pneumothorax à soupape, et plus généralement dans tous les cas de pneumothorax, si le malade parvient à franchir la période dangereuse, l'examen radioscopique, répété à des intervalles convenables, sera le meilleur moyen de constater et de mesurer les progrès de la résorption de l'épanchement gazeux; par suite, de diagnostiquer la cicatrisation de la perforation pulmonaire.

(*Bulletin de la Société des Hôpitaux*, 6 avril).

Dr BÉCLÈRE.

CONTAGION DE LA TUBERCULOSE

De tout temps, en médecine, on a observé certains courants d'opinion qui s'imposaient à la généralité des médecins. Aujourd'hui le vent est à la contagion de la tuberculose; aussi il ne se passe guère de mois sans que la littérature médicale n'engendre des productions qui affirment la contagion de la tuberculose sans jamais la démontrer. Nous nous faisons cependant un devoir de lire ces opuscules et d'y chercher de bonne foi quelque argument nouveau.

Voici d'abord une thèse sur la tuberculose à la maison de santé de Nanterre.

L'hospice de Nanterre contient une population de 3.259 personnes, hommes et femmes de tout âge, tous plus ou moins vicieux et alcooliques, épuisés par la misère et les excès.

Cette misérable population trouve à Nanterre des logements parfaitement insalubres et une nourriture parfaitement insuffisante.

D'après M. Hanot, l'auteur de cette thèse, plus de la moitié de la population est nettement tuberculeuse avant son entrée à l'hôpital. Les autres sont dans des conditions hygiéniques qui les rendent tout à fait propres à contracter la contagion. Seulement, en dehors de simples affirmations, il n'existe aucune preuve de contagion contractée dans l'hôpital, soit entre hospitalisés et infirmiers. En effet, M. Hanot ne nous donne point la proportion des tuberculeux et des non tuberculeux parmi les infirmiers et ne s'occupe même pas des conditions d'hérédité.

Une autre thèse du Dr Coste étudie la tuberculose et sa contagion dans la classe ouvrière de Saint-Denis.

Pour établir sa thèse de la contagion, le Dr Coste publie la statistique sanitaire de la commune de Saint-Denis pendant douze ans, seulement pour les maladies contagieuses. Pour la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphtérie, maladies dont la contagion n'est contestée par personne, nous trouvons des variations considérables d'années en années ; de 28 à 8 pour la fièvre typhoïde, de 63 à 2 pour la rougeole, de 8 à 2 pour la scarlatine, de 54 à 6 pour la diphtérie et de 57 à 0 pour la variole. Tandis que pour la tuberculose, la plus grande variation est de 331 à 340, car cette dernière maladie est héréditaire et non contagieuse et qu'elle ne suit point les lois des maladies contagieuses.

M. Coste constate en outre un fait très intéressant. C'est la grande quantité de tuberculoses développées chez les immigrés de la campagne et en particulier chez les

Bretons. Il affirme qu'ils meurent presque tous tuberculeux. M. Coste a le tort de citer inexactement les expériences de Koch. « Il est un fait reconnu à l'heure présente, c'est que l'expectoration est la source plus abondante des bacilles tuberculigènes pour l'extérieur. » J'avoue que c'est une opinion courante. Mais M. Coste a tort de s'appuyer sur l'autorité de Koch qui a démontré que la poussière tuberculeuse était l'agent le plus énergique de la transmission de la maladie, *à la condition d'être mélangée a l'eau et pulvérisée*. Or je ne pense pas qu'on soit dans l'habitude à Saint-Denis de pulvériser dans la rue et les ateliers une eau chargée de bacilles tuberculeux. Quant à la poussière desséchée, presque tous les bactériologistes professent l'opinion qu'elle est inoffensive, et cette opinion s'appuie sur de nombreuses expériences.

Dr Wagner

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Notre ami le Dr Humeau, étant empêché pour quelque temps encore de rédiger la *Revue de l'Académie de médecine*, nous tâcherons de le suppléer de notre mieux.

Séance du 2 janvier. — Cette séance a été presque entièrement remplie par le discours du président sortant, le Dr Panas. C'est un compte rendu très complet des travaux de l'année. Nous n'avons donc point à en parler puisque nos lecteurs ont été tenus au courant des travaux

de 1899. Néanmoins j'ai été *induit en tentation* par un passage de ce rapport sur le rôle du microbe dans le paludisme. M. Laveran, le vrai père de ce microbe, reconnaît qu'il est absolument impossible de constater sa présence ni dans l'air ni dans l'eau des localités palustres. Il avoue que toutes ses tentatives pour cultiver ce microbe ont été infructueuses.

Devant le concours de ces circonstances, toutes négatives, du Dr Laveran, ne voulant à aucun prix abandonner la doctrine de la *cause externe* pour la production de la fièvre intermittente, enseigne que ce microbe, introuvable dans l'air et dans l'eau, existe à l'état de *parasite* chez certains moustiques qui, par leur piqûre, répondant et multiplient la fièvre intermittente dans l'espèce humaine. M. Laveran n'a pas l'air de se douter que son hypothèse soit boiteuse et qu'elle pêche par plus d'un point. Et d'abord si l'hématozoaire palustre ne se trouve ni dans l'eau ni dans l'air des localités habitées par les moustiques, où cet insecte l'a-t-il rencontré ? Et s'il existe habituellement chez le moustiques, je ne vois pas de raisons pour qu'il ne se rencontre pas comme un hôte habituel chez l'homme. J'ajoute que si l'hypothèse des moustics, porteurs d'hématozoaires, peut être soutenue dans les pays et les saisons où il y a des moustiques, comment expliquera-t-on les cas de fièvre intermittente dans les localités et les saisons où il n'y a pas de moustiques. En sorte que je crois que les moustiquaires, les masques, les bas, les brassières pourront bien préserver de la piqûre des moustiques, mais ne préserveront point du développement de la fièvre intermittente. La culture perfectionnée, le drainage, le dessèchement des marais et des étangs, la canalisation et l'écoulement des eaux me donnent plus de

confiance que tous les moustiquaires. Et puis enfin, je trouve qu'on abuse beaucoup trop de la propagation par les animaux. Nous avions déjà la propagation de la peste par les rats, de la tuberculose par les mouches, les puces et les punaises; voilà maintenant les moustiques chargés de la fièvre intermittente.

Séance du 9 janvier. — Nous retrouvons encore ici M. Laveran comme rapporteur d'un travail sur la *fièvre pernicieuse dysentérique*, par deux médecins grecs les Drs Kanellis et Cardamatis.

Les auteurs de ce mémoire, et M. Laveran qui les approuve, ont cent fois raison de distinguer la fièvre intermittente et la dysenterie. Ces deux maladies peuvent bien coïncider chez le même sujet, mais elles restent des espèces distinctes ayant leur individualité et leur traitement propre. Mais M. Laveran et les auteurs qui l'analysent ont complétement tort quand ils affirment qu'il n'existe point de fièvre pernicieuse dysentérique. En effet, en dehors des fièvres pernicieuses caractérisées par l'exagération du dernier stade de la fièvre, il existe toute une catégorie de fièvres pernicieuses avec localisation particulière : fièvre pernicieuse pneumonique avec hépatisation apparaissant pendant l'accès et entrant en résolution dans l'apyrexie; fièvre pernicieuse apoplectique dont le coma forme le symptôme dominant. Fièvre pernicieuse cardialgique caractérisée par une douleur angoissante dans le creux épigastrique et menace de mort par syncope. Fièvre pernicieuse cholériforme, qui pendant l'accès présente plus ou moins complètement le syndrome cholérique. Fièvre dysentériforme dont les accès s'accompagnent de selles petites, fréquentes, douloureuses. J'appelle

avec Torti, Alibert, Aspel, Daullé, Dutroulot et bien d'autres, ces maladies, fièvres pernicieuses avec affections locales, parce qu'elles reviennent par accès et qu'elles guérissent *sûrement* et entièrement (le mouvement fébrile et l'affection locale) par le sulfate de quinine administré à dose suffisante et en temps opportun.

Dans cette même séance, le D[r] Moncorvot a communiqué une observation de *polyarthrite déformante* chez un enfant de 5 mois 1/2. A propos de cette observation, M. Cadet de Gassicourt a fait des recherches bibliographiques qui lui montrent que, sans être une maladie très fréquente dans la première enfance, on a pu cependant réunir 49 cas de l'âge de 2 mois à 14 ans. La polyarthrite de l'enfance paraîtrait plus curable que celle qui survient à un âge avancé.

Séance du 16 janvier. — Dans cette séance, nous trouvons un rapport de M. Pinard sur un mémoire de MM. Champetier de Ribes et Varnier à propos de l'insertion vicieuse du placenta. Nous voulons retenir simplement le point de vue pratique, c'est que la large déchirure des membranes peut faire cesser l'hémorrhagie en produisant la compression de la partie déchirée.

Vient ensuite une communication de MM. François Franck et Mendelssohn sur *l'électrisation crânienne et cérébrale*. De cette communication, il résulte : 1° Que les phénomènes produits par le passage du courant à travers le cerveau sont dus à une action sur les vaso-moteurs et non sur la substance nerveuse ;

2° Qu'il est impossible de localiser l'action de l'électricité sur une région cérébrale.

3° Enfin, que quel que soit le but poursuivi, diagnostic physiologique ou thérapeutique, l'électrisation directe du cerveau doit être considérée comme un procédé inutile, dangereux, et qui ne doit être jamais appliqué.

Séance du 23 janvier. — Dans cette séance M. Laborde communique un travail sur la *mort apparente*, son mécanisme, sa durée, son traitement par la *traction rythmique de la langue* et la description d'un tracteur lingual mécanique. Cette communication que l'auteur a achevée dans la séance suivante a été simultanément lue à la Société de Biologie et nous renvoyons au compte rendu que l'*Art médical* en a fait à ce moment.

Dans cette même séance, M. Lucas-Championnière apporte une observation d'*abcès du foie*, suite éloignée de la dysenterie, et guéri à la suite de l'opération. Nous avons à retenir de cette communication que dans les abcès du foie qui se rattachent à une dysenterie antérieure, un espace de plusieurs années, jusqu'à 10 et 11 ans, peut séparer la guérison de la dysenterie du développement de l'abcès.

Le second fait à retenir, c'est l'extrême difficulté du diagnostic dans beaucoup de ces cas. Il ne faut pas hésiter à rechercher le foyer purulent à l'aide d'une longue aiguille exploratrice, aiguille qui servira de guide pour l'ouverture immédiate de l'abcès. Le mieux est de faire cette ouverture à l'aide du thermo-cautère, pour éviter les hémorrhagies venant du tissu hépatique. Il ne faut pas hésiter, si cela est nécessaire, à reséquer une ou deux côtes afin d'avoir une large ouverture.

Séance du 30 janvier. — Cette séance est presque entiè-

rement remplie par la fin du mémoire de M. Laborde sur les tractions rythmiques de la langue.

Elle contient en outre une note de MM. Clair et Jolly, médecins de la marine, sur l'apparition récente à Madagascar de la *chique* ou *puce pénétrante*. Cet insecte, dont la femelle a l'habitude de pénétrer dans les parties du corps qui ne sont pas défendues par les vêtements pour y déposer ses œufs, a été importé à Madagascar par des Sénégalais. Il est à craindre que ce parasite ne s'acclimate tout à fait dans notre grande colonie.

Séance du 5 février. — M. Proust présente le nouvel ouvrage de M. Netter sur *la peste* et son microbe. Au chapitre de l'étiologie, nous trouvons les exemples de contagion directe par les autopsies. Les effets et les marchandises jouent un rôle plus important dans la transmission de cette maladie que la contagion directe, Sans nier absolument la contagion par les rats, M. Netter trouve qu'on a bien exagéré le rôle de ces rongeurs.

A propos de la sérothérapie et des résultats différents obtenus à l'aide de cette médication, M. Netter remarque que le succès dépend du degré d'activité du sérum. Les vaccinations faites avec le sérum de Haffkine ont été très efficaces. Ainsi à Hubli, sur une population de 41.000 habitants, 38.712 personnes ont été vaccinées. La peste a causé 2.761 décès dont 2.482 chez les non-vaccinés, et 349 seulement chez les 38.712 vaccinés. La méthode de Haffkine est donc bien supérieure à celle employée à Porto qui a été pour ainsi dire sans résultat, parce que la prophyllaxie ne durait que quinze jours.

Dans cette même séance, M. Armand Gautier a lu un mémoire sur la *localisation, l'élimination et l'origine de l'arsenic chez les animaux.*

Chez l'homme et les animaux, certains organes et tissus présentent des quantités variables d'arsenic, et d'autres n'en présentent jamais.

Les organes qui présentent de l'arsenic à l'état normal sont en première ligne les glandes thyroïdes et mammaires, la première donnant 75 milligrammes d'arsenic par 100 grammes d'organe frais, et la seconde 13 milligrammes. Le thymus contient des quantités très sensibles mais non dosées. Enfin, les poils, cheveux, cornes et peaux, le lait et les os présentent des traces décroissantes. Le cerveau contient de l'arsenic en quantité très variable, et quelquefois n'en contient pas du tout.

Le foie, les reins, la rate, les muscles, les testicules, la glande pituitaire, le pancréas, les glandes salivaires, l'utérus, les ovaires, le tissu conjonctif, les capsules surrénales, la moelle osseuse, le sang, les urines ne contiennent point d'arsenic. Enfin la membrane muqueuse gastro-intestinale ne contient jamais d'arsenic, ce qui est fort important au point de vue médico-légal. Je remarque que la méthode employée par M. Gautier permet d'apprécier un vingt-millionième d'arsenic.

M. Gautier a recherché ensuite à quelle source alimentaire l'homme puisait l'arsenic que l'on rencontre dans ses organes. C'est seulement dans quelques légumes, le navet, le chou, la pomme de terre et les aliments d'origine animale comme le lait, le thymus, la peau et le cerveau où l'homme peut puiser l'arsenic que renferme quelques-uns de ces organes.

Séance du 13 février. — Dans cette séance M. Hervieu lit un rapport sur *les causes d'affaiblissement de la virulence des vaccins dans les pays chauds et les moyens d'y rémédier.*

Nous nous contenterons de rappeler pour les médecins le point de vue pratique de ce rapport. Une chaleur intense, celle des pays intertropicaux par exemple, peut altérer très rapidement la pulpe vaccinale et la rendre absolument stérile. La chaleur humide a une action plus nocive que la chaleur sèche sur le vaccin. M. Hervieu conseille dans nos colonies de faire voyager le vaccin dans des glacières, et au défaut de ce moyen de conservation, d'environner les tubes à vaccin de sciure de bois préservé encore de la chaleur extérieure par des enveloppes fort épaisses. Il conseille aussi aux médecins des colonies d'utiliser le vaccin dès qu'ils l'ont reçu. En France, nous ne nous sommes jamais aperçu de l'influence nocive de la chaleur sur le vaccin.

(*Séance du 20 février*). — C'est dans cette séance que M. Vallin a présenté à l'Académie et a fait adopter par cette assemblée la désinfection obligatoire de la rougeole. Nous ne reviendrons point en détail sur cette question qui a été exposée dans *l'Art médical*. Nous ne devons rappeler qu'une chose, c'est que la mortalité énorme de 1/10e des cas de rougeole en ville et dans les hôpitaux est presque exclusivement due à la broncho-pneumonie qui complique si souvent la fièvre éruptive. J'ajoute que cette mortalité doit être attribuée presque entièrement au traitement défectueux employé par l'allopathie dans la broncho-pneumonie de la rougeole. Il faut remarquer encore que l'argument sur lequel s'appuie M. Vallin pour faire inscrire la rougeole au nombre des maladies pour lesquelles la désinfection s'impose, est d'une naïveté qui ne s'explique que par les préoccupations dont est hanté l'esprit de certains médecins. De 1895 à 1899, il se trouve que le

nombre des décès par rougeole a subi une marche ascendante progressive : 679, 658, 821, 865, 904 et, ajoute M. Vallin, le nombre des désintections opérées aurait suivi une marche parallèlement décroissante. D'où il conclut que la mortalité a augmenté parce qu'on a moins désinfecté. Conclusion enfantine. Tous les cliniciens savent effectivement qu'il y a des années où la rougeole est bénigne et d'autres où elle est maligne; et c'est la bénignité ou la malignité de l'épidémie qui fait la mortalité. Du reste on a beau être médecin, quand on est embarqué sur le dada d'un système, on cesse de voir clair. Ainsi, analysant le tableau statistique présenté par M. Vallin, nous constatons qu'en 1898 il y a eu 865 morts par la rougeole et 3.090 désinfections, tandis qu'en 1895, il n'y a eu que 2.603 désinfections et cependant la mortalité n'atteint que 679 (1).

Si nous regardons la statistique de la scarlatine, dans ce même tableau publié har M. Vallin, nous verrons que la mortalité par cette maladie a été plus forte en 1899 qu'en 1895 (comme la rougeole). Ainsi 178 morts en 1895 et 195 en 1899. Et cependant, en 1895 on avait fait 8.326 désinfections : en 1899 on en a fait 3.000 de plus, 11.484.

Je remarque expressément que nous ne sommes pas opposés d'une manière absolue à la désinfection de cer-

---

(1) M. Vallin croit tourner la difficulté en établissant une proportion entre les désinfections et les décès, mais cette proportion n'est pas celle à établir. Il faudrait savoir quel rapport existe entre les désinfections et le nombre des malades, et les éléments nous manquent complètement pour établir ce rapport. Le nombre des désinfections représente le nombre des *déclarations* ; or ce nombre est essentiellement fantaisiste, surtout pour la rougeole, qui n'était pas classée parmi les maladies à déclarer.

taines maladies, comme la scarlatine, la diphtérie, le choléra et la peste, si elle vient nous visiter. Mais nous ne croyons point ces mesures applicables à la rougeole dont la transmission se fait toujours pendant la période fébrile, souvent avant que le diagnostic soit possible et dont l'agent contagieux est essentiellement éphémère.

Une observation de psoriasis vulgaire guéri par les capsules de corps thyroïde, par le Dr Péténé de Galatz. Le traitement et la guérison du psoriasis par le thyroïde n'est point chose nouvelle. Cependant nous enregistrerons cette observation parce qu'elle est très concluante. Le psoriasis existait chez un jeune homme de 22 ans. Il était généralisé, occupant les quatre membres et le cuir chevelu. Les ongles étaient très altérés. Le traitement a commencé 6 mois après le début de la maladie, a duré 3 mois. Il a consisté dans l'administration de capsules de corps thyroïde de chez Vigier. Les capsules contenaient 0,10 centigr. de substance. Le malade a commencé par deux capsules par jour; il est arrivé progressivement jusqu'à 10 capsules et n'a jamais éprouvé aucun accident.

Dr P. Jousset.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. A propos de la gastérine. — II. Acromégalie avec diabète sucré, tumeur du corps pituitaire et gigantisme viscéral. — III. Sur quelques modalités des perversions de la faim (faim douloureuse, faim nauséeuse et faim angoissante ou phobique). — IV. Sur deux cas de mélanodermie arsenicale généralisée. — V. Choléra nostras avec entérocoque de Thiercelin. — VI. Intoxica-

TION PROFESSIONNELLE PAR LES VAPEURS DE CHLORE : ACNÉ CHLORIQUE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

I

(*Séance du* 23 *mars*). — M. LAUNOIS, qui a fait un mois au paravant une très importante communication sur l'action thérapeutique de la gastérine, présente à la société 7 estomacs de chien isolés par le procédé de Frémont.

Ces estomacs sont séparés du reste du tube digestif en totalité, mais ils ont tous leurs vaisseaux et nerfs, tant sympathiques que pneumogastriques. Les pneumogastriques longent l'œsophage, et le quittent au niveau de l'estomac isolé pour s'y ramifier en grosses radicelles visibles à l'œil nu. M. Frémont a vérifié au microscope que les nerfs de l'estomac isolé sont normaux. Au reste, l'estomac isolé réagit à la chaleur, au froid, aux aliments, aux divers médicaments acides ou alcalins ; sa sécrétion se produit abondante, limpide, douée d'un grand pouvoir digestif sous l'influence du réflexe alimentaire, tous signes de la conservation des propriétés nerveuses de l'estomac. Dans le jeûne de douze à dix-huit heures, l'estomac isolé sécrète à peine, et fournit un liquide épais, muqueux, gluant. L'estomac isolé subit en un mot toutes les variations physiologiques observées dans un estomac normal.

Les pièces présentées prouvent que M. Frémont isole l'organe comme il l'a affirmé, c'est-à-dire avec tous ses vaisseaux et ses nerfs. Il pense que la gastérine est un suc physiologique absolument normal. Elle renferme peu d'acide chlorhydrique fortement combiné parce qu'elle ne contient pas de substances albuminoïdes étrangères ; les sucs recueillis par d'autres procédés sont impurs, car ils

renferment de la salive et des résidus alimentaires. Au reste, l'acide chlorhydrique ne se forme pas par une action digestive, mais par une action chimique. La gastérine ne peut être assimilée à une solution chlorhydrique, car presque tous les chimistes, parmi lesquels M. le professeur A. Gautier, disent que l'acide chlorhydrique n'est jamais absolument libre dans le suc gastrique.

M. Hayem, tout en remerciant MM. Launois et Frémont de ces intéressantes pièces, considère que le suc gastrique sécrété par ces estomacs isolés n'est pas un suc gastrique normal ; voici les deux caractères anormaux qu'il signale : continuité de la sécrétion, constitution acide particulière.

II

M. Ravaut, interne de M. Chauffard, lit une observation très curieuse d'un diabète ayant évolué très rapidement chez une acromégalique.

Voici le résumé de cette observation :

J. D .., 29 ans, domestique, aucun antécédent héréditaire ni personnel, réglée à 19 ans.

En mai 1891, à 21 ans, premiers symptômes de l'acromégalie ; fourmillements dans les mains, qui commencent à grossir ; la figure s'allonge, la voix devient rauque et l'articulation des mots un peu difficile.

En janvier 1892, les pieds se prennent à leur tour ; apparition d'une céphalée habituelle.

En mai 1893, disparition des règles.

Jusqu'en mars 1899, la maladie progresse et lorsqu'elle entre à Cochin pour la première fois elle a le type complet de l'acromégalie.

La malade ne reste que quelques jours dans le service, mais elle rentre en mai, présentant des symptômes nouveaux ; depuis une dizaine de jours, céphalée très grande, obscurcissement de la vue de l'œil gauche, soif intense (elle boit de 10 à 12 litres d'eau par jour), appétit légèrement accru, urines très abondantes (20 litres par jour), prurit vulvaire ; faiblesse extrême ; somnolence diurne et amaigrissement considérable (9 kilog.). L'analyse des urines montre qu'elle urine bien 20 litres par jour, 4 gr. 70 d'urée par litre, soit 94 grammes par jour ; 60 grammes de sucre par litre soit 1.200 grammes par jour.

Aucun traitement ne parvint à modifier la marche de ce diabète qui amena la mort dans le coma le 22 novembre, en six mois et demi.

L'autopsie montra l'intégrité de structure des organes, sauf du poumon droit qui contenait un noyau d'hépatisation grise et une tumeur de la glande pituitaire dont nous parlerons plus loin.

Tous les organes présentent un développement considérable (foie, reins, pancréas, cœur, estomac). L'intestin lui-même est plus développé qu'à l'état normal tant au point de vue de la longueur que du diamètre.

La glande pituitaire est considérablement augmentée de volume (grosse comme un petit œuf de poule), elle forme une tumeur bourgeonnante qui présente l'aspect d'un sarcome ; l'examen histologique ferait plutôt penser à une hyperplasie simple.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue ; la tumeur de la glande pituitaire est en rapport avec la théorie hypophysaire de l'acromégalie ; l'hypertrophie considérable de tous les organes paraissant aussi sous la

dépendance de cette acromégalie ; enfin ce diabète, si intense et d'une évolution si rapide.

M. CHAUFFARD revient sur cette observation pour signaler principalement l'action très favorable de l'alcalinisation intensive sur les accidents graves d'origine toxiques, qui sont survenus plusieurs fois dans le cours de la maladie : odeur acétonémique de l'haleine, réaction rouge sombre des urines, vomissements, céphalée avec stupeur, hébétude et somnolence, tendance hypothermique. Chaque fois, ces symptômes si menaçants ont cédé, et rapidement en deux ou trois jours, en donnant 20 à 30 gr. de bi-carbonate de soude par la voie gastrique et rectale, et 10 grammes par la voie sous cutanée (sous formes d'injections sous-cutanées de sérum bicarbonaté à 1 p. 100).

III

MM. MATHIEU et MORICHAU-BEAUCHANT lisent un travail sur *certaine modalité des perversions de la faim* (*faim douloureuse, faim nauséeuse et faim angoissante ou phobique*).

Faim douloureuse. — La faim douloureuse s'observe chez les hyperchlorhydriques et chez les névropathes.

Chez les hyperchlorhydriques, elle se montre à la phase tardive de la digestion ; l'estomac s'est déjà en partie vidé de son contenu, il continue à sécréter un liquide acide qui excite la muqueuse et produit un paroxysme douloureux qui peut masquer la sensation de faim, si la douleur est trop vive. Cette sensation pénible est calmée par l'ingestion d'un peu d'aliments, de liquide ou mieux de bicarbonate de soude.

Chez les névropathes, même sensation douloureuse,

crampoïde même, qui disparaît de la même manière et qui cependant ne s'accompagne pas d'hyperchlorydrie.

Faim nauséeuse. — Symptôme analogue au précédent, la faim, au lieu de s'accompagner de douleur ou d'être masquée par la douleur, s'accompagne de nausées et peut être masquée par la nausée.

Ce symptôme se rencontre surtout chez les femmes nerveuses et s'accompagne souvent de salivation et même de vomissements de salive accumulée dans l'œsophage. Le caractère spécial à cet état, c'est que même si la sensation de faim est masquée, l'ingestion d'un peu d'aliment, d'un peu de lait fait immédiatement disparaître les nausées et l'envie de vomir.

Faim anxieuse. — C'est une véritable phobie à l'instar de l'agoraphobie ou de la claustrophobie, survenant chez les hystériques, les neurasthéniques et les dégénérés.

Le faim s'accompagne d'une angoisse, d'une sensation très pénible de dépression et de défaillance ; les malades croient qu'ils vont se trouver mal, qu'il va leur arriver les accidents les plus graves s'ils ne mangent pas immédiatement ; ils ont des sueurs froides, des tremblements ; la plupart ont la précaution d'avoir toujours des aliments à leur portée ; le jour du pain dans leur poche, la nuit des aliments sur leur table ; de cette façon, ils sont rassurés et peuvent sortir ou dormir sans crainte; dans le cas contraire, ils sont agités, inquiets, et cette inquiétude provoque leur crise.

M. Mathieu rapproche de cette faim anxieuse ce que M. Féré a décrit sous le nom de faim-valle épileptique et qu'il considère comme une des modalités du petit mal comitial.

A la séance suivante, M. Féré rapporte un cas de faim anxieuse très remarquable paraissant guéri par le bromure à haute dose.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, employée à Bicêtre, n'ayant pas d'antécédents nerveux. Avant d'être réglée elle était sujette à des migraines qui la prenaient brusquement, s'accompagnaient d'obnubilation de la vue, et se terminaient par des vomissements au bout d'une heure ou deux ; ces migraines la laissaient stupide et souvent elle s'endormait. Ces migraines avaient disparu, lorsqu'il y a deux ans elle fut prise de faim subites, qui lorsqu'elles n'étaient pas vite satisfaites par une quantité si petite que ce fût de liquide ou d'un aliment quelconque, s'accompagnaient d'angoisse avec salivation abondante et quelquefois perte de connaissance ; les anciennes migraines ont reparu et depuis quelque temps les migraines se produisaient toutes les semaines au moins et les faims-valle plusieurs fois par jour. Depuis le 14 mars, M. Féré lui fait prendre 4 grammes de bromure de potassium par jour. Elle a encore eu une faim-valle le 15 mars, mais depuis ce jour, n'a éprouvé ni faim-valle ni migraine.

IV

(*Séance du 30 mars*). — MM. Enriquez et Lereboullet viennent compléter une communication du 30 juin dernier sur un cas de *mélanodermie arsenicale généralisée* et publier un nouveau cas.

Le malade qui était le sujet de leur communication précédente présente aujourd'hui, huit mois après la cessation du traitement, une diminution de la pigmentation : il ne se rapproche donc pas des cas où la disparition de la

mélanodermie fut complète en deux mois et demi (Richardière et Sievers). Son état général est excellent, il a gagné 4 kilogr. Ses forces ont repris, les troubles oculaires et la sécheresse de la gorge ont définitivement disparu.

Voici le nouveau cas qu'ils ont pu observer.

Il s'agit d'un sujet âgé de 27 ans, de teint normalement très brun à système pileux développé et très noir, comme leur premier sujet.

Atteint d'un psoriasis intense depuis l'âge de 14 ans, le malade s'est mis au traitement arsenical il y a deux ans. Il atteignit en dix jours la dose de 10 à 12 gouttes de liqueur de Fowler à chaque repas, soit une moyenne quotidienne de 20 à 25 gouttes qu'il continua pendant cinq mois.

Trois semaines après le début du traitement le malade ressentait déjà au niveau de la gorge une sensation désagréable, pénible, en même temps qu'il souffrait d'une légère conjonctivite avec photophobie ; au bout de quatre mois, apparition de la mélanodermie : elle débuta au tronc et à la ceinture, augmenta rapidement, s'accompagnant de la production d'une série d'élevures papuleuses et dures au niveau des mains et des pieds, qui prenaient un aspect lichénoïde. La cessation du traitement au bout de cinq mois amena la rétrocession des symptômes accessoires du côté des yeux et de la gorge, mais la mélanodermie a persisté depuis sans grands changements ; peu ou pas d'exacerbation de celle-ci au moment de chaque reprise du traitement arsenical (ce malade, en effet, a continué à faire à plusieurs reprises usage de l'arsenic, en raison de la grande amélioration que cet agent thérapeutique apportait à son psoriasis). La mélanodermie semble donc actuellement définitivement fixée.

Cette mélanodermie, quoique d'intensité moindre, se rapproche beaucoup de celle de leur premier sujet : siège prédominant sur le thorax et l'abdomen, avec accentuation sur les parties latérales du tronc et à la partie inférieure du cou, extension de la pigmentation à la racine des membres supérieurs, sur la paroi antérieure des aisselles, et au coude dans le sens de la flexion, arrêt de la mélanodermie aux membres inférieurs à la partie supérieure des fesses en arrière, et aux plis inguinaux en avant ; à la face, pigmentation relativement peu marquée. La mélanodermie présente, comme chez leur premier malade, un *aspect tacheté* très spécial, nettement apparent, avec nombreuses *taches lenticulaires plus claires* surtout sur les parois latérales du tronc. Cet aspect tacheté à taches nombreuses et irrégulièrement disposées se retrouve sur les organes génitaux, assez pigmentés, quoique moins que chez les addisoniens ; le fourreau de la verge, le gland lui-même paraissent pigmentés. A côté des taches claires existent, surtout au niveau du cou et de la racine des membres, quelques *taches sombres* à aspect de grains de tabac, comme chez leur premier malade.

La paume des mains présente le même état lichénoïde ; quant aux pieds, cet état y est actuellement moins net à la suite d'une desquamation marquée (ils ont pelé entièrement).

Donc : mélanodermie généralisée au tronc et à l'abdomen consécutive au traitement arsenical par la liqueur de Fowler ; aspect tacheté spécial de cette éruption avec taches claires nombreuses et quelques taches plus sombres : respect au moins relatif de la face, des mains et des pieds, état lichénoïde de la paume des mains et de la plante des pieds, signes surajoutés d'intoxication (sensation désa-

gréable à la gorge, conjonctivite) tel est l'ensemble des symptômes observés chez les deux malades.

Dans leur première communication, MM. Enriquez et Lereboullet regardaient cet aspect tacheté comme presque caractéristique de la mélanodermie arsenicale.

Cependant le même aspect peut s'observer dans d'autres melanodermies : mélanodermie de cause externe (phtiriase), syphilides pigmentaires généralisées, pigmentation cutanée au cours de la grossesse chez certaines femmes normalement très brunes.

V

(*Séance du 6 avril*). — MM. Galliard et René Monod rapportent une observation de *choléra nostras* suivi de mort, paraissant causé par l'enterocoque de Thiercelin.

G. R... 36 ans, entre le 9 janvier à l'hôpital Saint-Antoine; pas d'antécédents importants. Le 6 janvier, coliques et diarrhées ; le 7 et le 8, diarrhée et vomissements. A son entrée, prostration, nez pincé, yeux cernés et excavés, traits tirés, extrémités froides et cyanosées, vomissements d'un liquide muqueux, évacuations très fréquentes, séreuses, peu fétides, riziformes ; voix cassée ; crampes des mollets et des cuisses ; anurie depuis 48 heures (le cathéterisme donne quelques centimètres cubes d'une urine très albumineuse). Comme traitement, limonade avec 15 grammes d'acide tartrique, et potion avec 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Le 10, même état; même traitement en ajoutant des injections de caféine, des inhalations d'oxygène, des lavements d'eau bouillie et la transfusion sous-cutanée.

Dans l'après-midi, collapsus avec pouls filiforme tem-

pérature rectale 35° 8 ; injection de 500 grammes de sérum de Hayem.

Après quelques alternatives, le malade meurt le 16 janvier.

A l'autopsie, pas de lésions microscopiques sauf un peu de congestion du gros intestin.

Le microscope révèle des lésions rénales.

L'examen bactériologique montre deux microbes seulement : le coli bacille en petite quantité et un microcoque se présentant sous forme de diplocoque ; ce diplocoque se trouve associé au coli bacille dans l'urine, le sang du foie, de la rate et des reins ; il existait seul dans le sang provenant des cavités cardiaques.

M. Galliard assimile ce diplocoque à celui décrit par M. Thiercelin sous le nom d'enterocoque.

Les recherches ont démontré que ce cas était isolé ; autour de lui personne n'en a souffert ; à l'hôpital, bien que le malade eût été conservé au milieu des autres malades, personne n'a présenté d'accident, « tant il est vrai que. pour créer une épidémie, il ne suffit pas d'avoir des microbes et des organismes vivants ; il faut quelque chose de plus : une constitution médicale. »

VI

L'année dernière M. Herxheimer (1) a rapporté un cas d'acné chlorique, et M. Thibierge (2) eut l'occasion d'observer deux cas semblables.

---

(1) Ueber Chlorakne. *Münch. med. Woch*, 28 fév. 1899.

(2) Acné comédon généralisée. *Soc. de dermat. et de syph.* 14 décembre 1899 et 11 janv. 1900.

MM. Louis RENON et LATRON rapportent à la Société un quatrième cas que nous allons analyser.

Le 9 mars, entre à l'hôpital Laënnec un homme de 25 ans atteint de tuberculose pulmonaire (amaigrissement notable, ongles hippocratiques, submatité de la fosse sus-épineuse droite, craquements humides ; crachats contenant des bacilles de Koch).

Cet homme, qui ne présente pas d'antécédents tuberculeux, s'est toujours bien porté tant qu'il a vécu à la campagne. Entré en janvier 1899 dans une fabrique de chlorure de chaux, il commence à être malade au sixième mois.

En outre de la tuberculose, il présente une éruption d'acné, du type acné comédon.

Ces éléments sont constitués, pour la plupart, par une petite élevure acuminée, très saillante, avec point noir ou bleuâtre au sommet, entourée d'une petite zone claire et brillante. La grosseur des éléments est à peu près celle d'un grain de millet ; les uns sont saillants, acuminés ; les autres plans, uniquement constitués par les points noirs. En pressant chaque élément entre les deux ongles rapprochés, il est facile d'en faire sortir un comédon de la grosseur d'une pointe d'épingle, et l'élément s'affaisse aussitôt. Examinés au microscope après coloration par la méthode de Gram, ces comédons présentent le bacille d'Unna.. Par endroits, les bases des éléments se confondent plus ou moins, de façon à former une sorte de petit plateau légèrement saillant, présentant une surface mamelonnaire, chaque mamelon étant surmonté de son point noir.

La distribution de ces éléments est assez variable suivant les différentes régions. Au front, ils sont très disséminés, occupant surtout la partie médiane. Au niveau des

pommettes, ils atteignent leur maximum de confluence. Sur ce point, l'éruption se prolonge en s'atténuant vers la queue du sourcil, vers la joue, descend vers la région massétérine où les éléments se disséminent entre les poils de la barbe, gagnent les côtés de la mâchoire inférieure, respectent le menton, reparaissent dans la région sous-mentale, mais ne dépassent pas les limites inférieures de la barbe.

Au niveau du nez, on n'en trouve que quelques-uns disséminés sur les parties supéro-latérales des ailes du nez et quelques-uns dans le sillon naso-génien.

Au niveau des oreilles, il en existe quelques-uns au niveau de l'hélix, surtout à gauche, de très nombreux à la partie postérieure de la gouttière de l'hélix, dans la fossette scaphoïde de l'anthélix, à la partie postérieure de la cavité de la conque ; dans ces points, les éléments sont confluents. Il en existe quelques-uns à la face externe du tragus, quelques-uns sur la face externe du lobule de l'oreille gauche. On en trouve de nombreux à la face interne du pavillon de l'oreille, mais ici ils y sont plus volumineux, plus arrondis, moins acuminés que partout ailleurs, avec point noirâtre peu ou point visible à leur sommet.

Il existe quelques éléments sur l'apophyse mastoïde derrière le pavillon de l'oreille.

On ne trouve pas d'éléments sur les autres parties du corps, sauf cependant quelques-uns très rares sur la face antérieure du ventre, sur la ligne médiane, à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Sur les pommettes, et surtout sur les oreilles, les comédons alternent avec les kystes sébacés.

Ce malade a été employé dans la même fabrique que les deux malades de M. Thibierge. Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

LES REMÈDES DE L'ÉCLAMPSIE D'APRÈS F. SMILEY

Argentum nitricum. — La malade est toujours dans l'attente d'une nouvelle crise, et s'agite continuellement entre deux accès. Les paroxysmes sont excessivement violents et précédés d'une sensation d'expansion de tout le corps, mais surtout de la tête.

Aconitum. — On peut souvent avec ce remède améliorer et même quelquefois faire disparaître les symptômes prémonitoires de l'éclampsie, surtout chez les primipares pléthoriques ; il y a alors de la chaleur et de la sécheresse de la peau, de la fièvre, de la soif, de l'agitation et beaucoup d'anxiété.

China. — Lorsqu'on peut attribuer les convulsions à l'abondance de la perte de sang.

Arnica. — Pendant la période prémonitoire avec pouls plein et fort, lorsque chaque douleur détermine un afflux de sang à la tête, tandis que le reste du corps conserve sa température normale. Il peut y avoir des symptômes de paralysie du côté gauche, ou bien perte de connaissance avec incontinence des urines et des matières fécales.

Belladonna. — Convient quand l'accès est dans toute sa force ; chaque douleur détermine un spasme, la figure et le cou deviennent livides, les artères temporales battent violemment, les yeux sont fixes, rouges et congestionnés. Entre les spasmes il y a des secousses musculaires. La

malade est dans une semi-conscience, mais ne peut parler. Il peut y avoir paralysie du côté droit de la langue.

Coffea. — Spasmes dus à une excitabilité excessive du système nerveux avec grincement des dents et refroidissements des extrémités.

Cuprum metal. — Les crises commencent par des crampes dans les doigts et les orteils, de là elles gagnent tout le corps, il y a de violents vomissements et de l'épisthotonos à chaque accès.

Gelsemium. — Pendant la période prémonitoire, lorsque la tête semble démesurément grosse, que la malade est sensible et craint l'approche du travail. Il y a des frissons tout le long de la colonne vertébrale et d'avant en arrière.

Hyosciamus. — Coloration bleuâtre de la figure avec tressaillements des muscles, jactitation et délire presque constant.

Opium. — Respiration stertoreuse, sommeil profond, yeux mi-clos, rigidité du corps, rougeur et gonflement du visage, sueurs, pupilles rétractées, selles involontaires, rétention d'urine. Les douleurs sont suspendues.

Stramonium. — Particulièrement indiqué quand la malade porte sur son visage l'empreinte de la frayeur. Les yeux sont largement ouverts et les pupilles très dilatées. La malade cause, rit et prie mais quelquefois d'une façon incohérente. D'autrefois elle bégaie ou même peut perdre complètement la parole et la connaissance. Les accès sont déterminés par la vue d'objets brillants et quelquefois par les attouchements.

Veratrum viride. — Il y a beaucoup d'activité artérielle, mais sans la peur et l'anxiété d'Aconit. La figure est pâle et livide, le coma profond, et quelquefois un violent délire

causé par une congestion cérébrale intense. Au début des convulsions il y a de petits frissons, quelques nausées et un peu de tressaillement des muscles de la figure, puis de rapides mouvements des membres, les pupilles sont dilatées, la respiration difficile, puis la malade tombe dans une stupeur d'où il est difficile de la tirer. Il y a ensuite des douleurs dans la tête, enfin il peut rester de la manie après les convulsions. (*Medical Century.*)

Les remèdes des troubles de la vessie pendant la grossesse, d'après G. Danforh.

Acidum benzoicum. — Urine fortement colorée contenant du mucus et du pus; urine d'odeur fortement répugnante; urine brune d'odeur fortement ammoniacale.

Berberis. — Urine jaune foncé, rouge, qui se trouble; abondants sédiments muqueux. Après la miction, brûlures dans l'urèthre et la vessie; les mouvements causent des troubles urinaires ou les augmentent; en même temps douleurs dans les reins et les hanches.

Lycopodium. — Sable rouge dans les urines, dyspepsie flatulente, la satiété vient dès qu'on a commencé à manger.

Sepia. — Fréquents besoins d'uriner avec sensation d'abaissement dans le bassin ; urine trouble avec sédiments d'urates ou d'acide urique; urine épaisse, huileuse, de mauvaise odeur, laissant déposer un sédiment jaunâtre urine recouverte d'une écume grasse et laissant un dépôt argileux.

Staphysagria. — Cystocèle s'accompagnant de fréquents besoins d'uriner, avec écoulement de l'urine par un jet étroit ou goutte à goutte; miction d'une cuillerée à café

d'une urine rouge foncé, suivie de la sensation d'avoir encore la vessie pleine. Brûlures dans l'urèthre en urinant et après. Prolapsus de la vessie avec sensibilité des lèvres et douleurs étant assise

Causticum. — Prolapsus de la vessie, émission involontaire d'urine en toussant, en éternuant et en marchant.

Criticum repens. — C'est le remède par excellence pour la vessie irritable pendant la grossesse à la dose de dix gouttes de teinture répétée souvent.

Rhus aromatica. — Bon remède également contre l'irritabilité de la vessie.

Conium mac. — Lorsqu'il n'y a pas sensation de soulagement après avoir uriné, il n'y a pas de ténesmes mais dès qu'elle a uriné la malade ressent le désir de vider à nouveau sa vessie.

Dans la cystite aiguë on peut donner *Cantharis*, *Cannabis sativa* et *Stigmata Maydis*.

Dans la cystite chronique un des meilleurs remèdes est *Chimaphila umbellati* de dix à quinze gouttes d'extrait fluide trois fois par jour : urine fortement colorée laissant déposer un abondant sédiment muqueux, urine peu abondante avec émission fréquente, brûlures et démangeaisons avant et pendant la miction, ténesme. Douleurs rénales, contractions vésicales douloureuses.

Uva ursi en extrait fluide est aussi un bon médicament. Vessie et urèthre sensibles, fréquentes mictions avec douleur en urinant et ténesme ensuite, soulagement des symptômes étant couchée sur le dos, langue brune, soif, manque d'appétit, urine trouble contenant du pus, du sang et du mucus.

Sabal serrulata ou *Sanmetto* qui est un composé de Sabal et de Santal est un remède très efficace de la cystite aiguë

ou chronique de la grossesse (*North American Journal of homœopathy*).

TRAITEMENT DU TETANOS PAR GARAT CHANDRA GHOSE

Aconitum. — Convient au tétanos qui s'est développé à la suite d'une exposition au froid et aussi dans le tétanos traumatique avec fièvre, engourdissement, anxiété. La face est tantôt pâle tantôt rouge, la gorge est sèche et raide.

Arnica. — Respiration courte, soupirs, tremblement des membres, figure chaude et membres froids, le malade a un froid interne et son corps semble cependant chaud, le pouls est variable, plein et vif.

Arsenicum. — Spasmes tétaniques, convulsions, contorsions effrayantes des membres ; les convulsions peuvent débuter par de fortes douleurs dans les pieds, le corps est froid comme de la glace, les traits sont déformés, la respiration imperceptible, perte de conscience, les forces disparaissent brusquement, peau sèche, abdomen en bateau.

Belladonna. — Tétanos avec trismus, beaucoup d'excitation et d'irritabilité nerveuse, soubresauts en dormant, tressaillement des muscles de la face et des membres, raideur des muscles masticateurs, opisthotonos, pleurosthotonos à gauche, respiration irrégulière et laborieuse, impossibilité d'avaler, pupilles dilatées, yeux fixes.

Cicuta virosa. — Convient surtout au tétanos consécutif aux blessures de la tête et de la colonne vertébrale, tout le corps est raide, opisthotonos, figure bleue et soufflée ou froide et d'une pâleur mortelle ; contorsions violentes et prostration extrême, regard fixe, écume à la bouche, spasmes excités par le moindre attouchement ou même en parlant à haute voix, pouls faible et lent..

Cina. — Peut s'employer si l'attaque a été provoquée par les vers.

Conium. — Violent tremblement de tous les membres.

Curare.— Recommandé par les allopathes. Il produit la paralysie motrice de la périphérie vers le centre.

Hydrocyani acidum. — Irruption soudaine du mal, spasmes toniques surtout des muscles de la figure, des mâchoires et du dos, apparence cyanotique, refroidissement du corps, respiration embarrassée, écume à la bouche, pupilles dilatées et immobiles. Très efficace dans le tétanos traumatique ou dans les convulsions tétaniques pendant la diarrhée.

Hypericum. — Remède souverain du tétanos traumatique, blessures des tendons avec prédominance des symptômes nerveux et endolorissement considérable de la blessure. C'est surtout un préventif merveilleux quand il y a eu blessure de la plante du pied ou de la paume des mains. Les contractions commencent dans les membres puis gagnent vers le haut du corps, la colonne vertébrale est excessivement sensible au toucher.

Lachesis. — Trismus et spasme du larynx, coloration bleue par suite d'asphyxie, le malade dort pendant les accès.

Moschus. — Corps raide avec connaissance parfaite, les spasmes surviennent dans les muscles de l'abdomen.

Nux vomica.— Convulsions tétaniques alternant avec de violentes contorsions de tout le corps, les membres sont rigides, attaques spasmodiques au plus léger attouchement, terribles convulsions, opisthotonos, conscience conservée, frissons et tremblements suivis de spasmes.

Physostigma. — Tétanos consécutif à une plaie de la paume de la main, crampes dans l'estomac et le ventre, les

jambes et le dos sont raides, sensation de serrement dans les yeux, tremblements, paralysies, le malade a de la peine à faire obéir ses muscles, les pupilles sont contractées, l'accommodation est défectueuse, il y a des contractions des paupières.

Phytolacca. — Raideur des extrémités, poings solidement fermés, extension des pieds avec flexion des orteils, contraction bien nette de la pupille, les yeux ont des secousses, les dents sont serrées les unes contre les autres, les lèvres sont renversées, opisthotonos, oppression et difficulté de respirer, convulsions des muscles de la face et du cou.

Rhus tox et Ignatia.—Le Dr Saurie a recommandé l'attenance de ces deux remèdes lorsque le corps renversé en arrière forme comme une arche ; on emploie le premier lorsque le tétanos est consécutif à une plaie des articulations ou des tendons.

Secale cornutum. — Convient lorsque les spasmes surviennent en pleine connaissance et qu'ils sont suivis d'un grand épuisement.

Strychnine. — Exaltation de toutes les fonctions de la mœlle, excitation sensorielle, douleurs fulgurantes dans les membres, figure tantôt pâle tantôt rouge, frissons de tout le corps, rire sardonique, respiration suspendue par des spasmes, rigidité tétanique, opisthotonos et trismus, plus tard paralysie.

Tabacum. — Tête renversée en arrière par suite de la raideur des muscles du cou et du dos, respiration sifflante par suite de spasmes du larynx et des bronches, spasmes toniques et cloniques alternant avec du relâchement et des tremblements, les muscles involontaires tels que ceux des

intestins et de l'urèthre sont contractés, nausées mortelles sueur froide, collapsus prompt.

Veratrum vir. — Douleurs affreuses dans la plaie, violents spasmes semblables à des décharges électriques, convulsions avec frémissement dans les membres, écume à la bouche, difficulté d'avaler, secousses de la tête, congestion cérébrale et mélancolie (*Homœopathic World*).

D[r] G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

Dangers de l'emploi thérapeutique de la caféine.

La caféine est d'un usage courant à titre de tonique du cœur dans les affections cardiaques et rénales, ainsi que contre l'hyposystolie survenant au cours ou à la période ultime d'autres maladies aiguës ou chroniques. Or, d'après M. le D[r] M. K. Zénetz, professeur extraordinaire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Varsovie, ce médicament, qu'on considère généralement comme inoffensif, serait en réalité d'un maniement dangereux et pourrait déterminer la mort subite par arrêt du cœur en systole, ainsi que le fait s'est produit chez trois malades de notre confrère. Dans un de ces cas il s'agissait d'une femme indemne de toute lésion organique et qui, se sentant indisposée, s'avisa de prendre toutes les deux heures un paquet contenant 0 gr. 30 centigr. de citrate de caféine. La cinquième prise une fois absorbée, cette femme tomba

en une syncope dont on eut grand'peine à la tirer. Revenue à elle, la malade continua l'emploi de la caféine et mourut brusquement, après en avoir pris encore cinq paquets. La seconde observation se rapporte à un pneumonique qui succomba d'une façon subite, après avoir ingéré, en l'espace de deux jours, 1 gr. 20 centigr. de citrate de caféine. Enfin, dans le troisième cas, la mort subite est survenue chez une femme atteinte de néphrite et soumise également à la médication caféinique. Chez ces trois malades on trouva à l'autopsie le cœur tellement contracté qu'on éprouvait de la difficulté à le couper avec scalpel.

D'autre part, en administrant à des sujets porteurs de lésions cardio-rénales de la caféine pure à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 centigr., répétée deux ou trois fois par jour, M. Zénetz a souvent constaté, parallèlement à l'amélioration des troubles cardiaques et à l'augmentation de la diurèse, une aggravation de l'état général, qui se manifestait par de l'oppression, de la dyspnée et de l'agitation nocturne. En même temps la percussion dénotait parfois une diminution de la zone de matité du cœur dans tous ses diamètres. Lorsqu'on cessait l'usage de la caféine, on la retrouvait encore pendant dix à quinze jours dans les urines. Cette substance ne s'élimine donc que lentement par les reins, et c'est à son accumulation dans l'organisme que seraient dus les effets dangereux qu'elle est susceptible de produire. (*Semaine médicale*, 26 avril).

TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE PURULENTE PAR L'ASEPSIE SIMPLE.

Le traitement ancien de l'ophtalmie purulente consistait en attouchements de la conjonctive palpébrale avec une solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 0/0.

Depuis on avait substitué à ce traitement les lavages avec des solutions de sublimé, de permanganate de potasse, de formol, etc.

Plus récemment, on a substitué la simple asepsie à la méthode antiseptique et les résultats paraissent excellents, si l'on en croit le Dr Von Ammon (1) et le Dr Lamhofer (2).

Le procédé adopté par M. Von Ammon est à la fois aseptique et antiphlogistique. Il consiste à pratiquer deux fois par jour des lavages abondants des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution physiologique de chlorure de sodium et à appliquer sur les paupières des compresses glacées qu'on renouvelle toutes les trois minutes. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et l'inflammation de la conjonctive rétrocèdent si rapidement que dès le second ou le troisième jour on parvient à écarter sans difficulté les paupières. Trois à cinq jours plus tard la sécrétion purulente est considérablement diminuée et les enfants ouvrent les yeux spontanément. A partir de ce moment on peut se passer des compresses glacées. La guérison survient en trois à quatre semaines. Parfois il subsiste un certain degré d'irritation conjonctivale avec tuméfaction et hypersécrétion légères, qui ne tardent pas à disparaître à la suite de quelques instillations astringentes (sulfate de zinc). Sur 48 cas d'ophtalmie des nouveau-nés, dans lesquels la présence du gonocoque a été dûment constatée et qui ont été traités comme il vient d'être dit, 47 fois la guérison a été rapide et s'est effectuée

---

(1) VON AMMON. Zur Diagnose and Therapie des Angenciterung der Neugeborenen (*Munch. med. Woch.* 2 janvier 1900.

(2) A. LAMHOFER. Zur Behandlung der Augenciterung der Neugeborenen. (*Munch. méd. Woch.* 20 fév. 1900).

sans la moindre complication du côté de la cornée. Une seule fois on a vu se produire un ulcère cornéen, mais dans ce cas l'enfant s'était égratigné la cornée avec l'ongle à une période où la sécrétion purulente était presque tarie.

Si simple que soit le procédé de M. von Ammon, il est cependant incontestable que l'usage prolongé des compresses glacées fréquemment renouvelées peut se heurter à de grandes difficultés, surtout dans la clientèle de ville. Or, l'emploi de ces compresses n'est nullement indispensable, comme le montrent les nombreuses observations de M. Lamhofer qui ne traite l'ophtalmie purulente que par des lavages de la conjonctive avec de l'eau tiède simplement bouillie ou faiblement boriquée. En revanche, ces lavages sont répétés d'abord d'heure en heure, puis toutes les deux heures. On a soin de bien alimenter le petit malade et d'observer la propreté la plus rigoureuse. En procédant de la sorte, notre confrère obtient la guérison de l'ophtalmie en une quinzaine de jours.

(*Semaine médicale*, 28 févr.)

Néphrite aigue mortelle a la suite d'un empoisonnement par l'oseille.

Par le prof. Eichhort.

L'observation suivante, publiée par le professeur Eichhorst (1) montre que l'oseille, ingérée en très grande quantité, est loin d'être inoffensive.

Un garçon de 12 ans avait été transporté dans le service du professeur Eichhorst, en état de coma. Il fut impossible de le rappeler à lui, en le soumettant aux excitations les

(1) *Deutsch. med. Woch.*, 1899, n° 28.

plus énergiques. Les muscles étaient dans un relâchement complet. Par moments, le corps était agité par des secousses cloniques, le plus souvent limitées à la moitié droite.

La figure était pâle ; les paupières paraissaient être un peu œdémateuses. Les pupilles égales, dilatées, ne réagissaient que paresseusement à la lumière. Pas d'altérations appréciables du fond de l'œil. Les lèvres et la langue étaient sèches, recouvertes d'un enduit grisâtre. La température axillaire marquait 37°9. P. 92. Respiration de Cheyne-Stokes.

L'urine était trouble, sanguinolente, avec dépôt abondant; elle renfermait 14 p. 1.000 d'albumine. On prescrivit le régime lacté et de la limonade citrique.

Le lendemain matin vers 11 heures, le malade devint subitement cyanosé ; il ne respirait plus, tandis que son cœur continuait de battre. Tous les moyens employés pour le rappeler à la vie échouèrent.

A l'autopsie, on a trouvé les reins volumineux, pâles, à surface lisse ; ils étaient le siège d'une injection fine ; les glomérules étaient très faciles à distinguer à l'œil nu. L'examen histologique des deux reins n'a pas fait constater des altérations très prononcées ; il y avait surtout de petits extravasats sanguins.

On apprit de la bouche du médecin de la famille, que le 27 avril dernier l'enfant avait été pris de violentes douleurs de ventre et d'une forte diarrhée ; le lendemain, il avait déjà la figure tuméfiée. La palpation de la région lombaire était douloureuse, principalement à droite. Les urines contenaient une forte proportion d'albumine. Malgré une médication énergique — régime lacté, liqueur d'acétate de potasse, feuilles de digitale, bains

tièdes, — l'abondance des urines était allée en diminuant pendant les jours suivants. Le 2 mai, l'enfant avait présenté les premières manifestations urémiques (épistaxis, diminution de l'acuité visuelle). Le 3 mai, il avait vomi et il était tombé dans un état comateux. Le 4 mai, il avait repris connaissance pendant quelque temps, puis on l'avait transporté à l'hôpital.

C'est seulement quelques jours après la mort de l'enfant qu'on put interroger la mère. On apprit que la malheureuse victime, en s'amusant dans les prés, avait mangé une grande quantité d'oseille (surelle, rumex acétosa). Cela se passait le 27 avril. Le même soir, il avait présenté les premières douleurs de ventre.

M. Eichhorst a fait remarquer que, dans les ouvrages les plus récents de toxicologie, il n'est pas fait mention de l'oseille. Seul Kobert, dans son *Traité des intoxications* (Stuttgart, 1893), mentionne un cas d'empoisonnement par l'oseille, extrait de la *Lancette* anglaise (1888) et publié par Suckling; ce cas lui paraissait être sujet à caution. D'après Suckling, le Dr Taylor avait publié une observation analogue, dans la première édition de son *Traité de toxicologie*, paru en 1847.

Peut-être, a fait remarquer M. Eichhorst, s'agissait-il, dans le cas ci-dessus, d'une auto-intoxication bien plus que d'une intoxication par les principes contenus dans l'oseille. En tout cas, on n'a pu constater dans les urines de l'enfant la présence de cristaux d'oxalate (*Revue intern. de thérapeut. et de pharmac.*, août 1899).

Reproduction expérimentale de la pneumonie fibrineuse aigue au moyen de la toxine pneumococcique.

L'injection intrapulmonaire de quelques gouttes de

toxine pneumococcique détermine, chez le lapin, la production d'un bloc d'hépatisation rouge, compact et dur, plongeant au fond de l'eau et caractérisé histologiquement par l'accumulation dans les alvéoles de coagula fibrineux englobant des hématies et des leucocytes. La toxine seule reproduit, par conséquent, le plus souvent, la pneumonie franche aiguë.

Au niveau de certains points où la toxine semble avoir agi plus activement encore, les hématies peuvent augmenter de nombre, la réaction fibrineuse diminuant d'intensité ; on a affaire alors à des formes d'apoplexie pulmonaire pneumococcique.

Sur d'autres points, l'exagération de la réaction leucocytaire amène la production circonscrite de petits abcès pneumococciques ou d'un foyer diffus d'hépatisation grise.

Enfin, dans un cas on a obtenu une languette blanche, dure, compacte, rappelant par son aspect la pneumonie épithéliale observée quelquefois chez l'homme.

La toxine pneumococcique réalise donc à elle seule les quatre types de défense réactionnelle que l'on retrouve dans la pneumonie. (pneumonies fibrineuse, hémorrhagique, suppurée, épithéliale).

(Communication de M. Carnot à la Société de biologie. *Semaine médicale*, 29 nov. 1899).

Traitement des ulcères variqueux par le hersage du nerf sciatique.

M. Paul Delbet. — A côté des ulcères variqueux d'origine vasculaire, il en existe d'autres qui sont manifestement dus à une innervation défectueuse. J'ai réussi à

guérir un ulcère de cette dernière variété par le hersage du nerf sciatique : immédiatement après cette opération, le membre inférieur est devenu le siège d'une hyperesthésie très vive qui a persisté pendant trois jours, et en même temps sont survenus du côté de l'ulcère des modifications ayant amené très rapidement sa cicatrisation. Toutefois, ce fait étant encore unique en son genre, je me garderai d'en conclure que cette tentative opératoire sera toujours suivie de résultats aussi heureux. (*Semaine médicale*, 26 avril).

VARIÉTÉS

Banquet du 145e anniversaire de la naissance de Hahnemann

Les médecins, homœopathes de Paris, se sont réunis dans les salons du restaurant Marguery pour fêter leur illustre fondateur : une grande cordialité a régné dans ce banquet ; les toasts suivants ont été prononcés.

Dr P. Jousset :

HAHNEMANN !

Jamais aucun nom n'a excité dans le monde médical des sentiments aussi opposés, je dirai même des passions aussi acharnées. Scandale et folie pour nos adversaires, Hahnemann est pour nous un homme de génie et un bienfaiteur de l'humanité.

Pourquoi Hahnemann est-il incontestablement un homme de génie ?

Est-ce parce qu'il a découvert la loi de similitude ? Certainement non, car cette découverte ne lui appartient

pas. Je sais que des homœopathes, grisés par leur admiration, ont plusieurs fois, et ici même, fait honneur à Hahnemann de la découverte de la loi de similitude. C'est fâcheux, parce qu'Hahnemann n'a pas besoin du mérite des autres, et que lui attribuer cette découverte, c'est commettre une erreur historique et une erreur grossière. Tout le monde, en effet, connaît ce passage d'Hypocrate (1)......

Est-ce le travail d'Hahnemann sur la matière médicale qui constitue son génie ?

Certes, c'est un travail remarquable par son exactitude, par les recherches nombreuses qu'il suppose, par les clartés qu'il jette sur l'action des médicaments et sur les lois qui régissent cette action. C'est, comme on dit un travail de bénédictin, un travail capable d'illustrer un homme, mais ce n'est pas un travail de génie.

Ce qui justifie la qualification d'homme de génie qu'après tant d'autres je donne à Hahnemann, c'est d'avoir vu et d'avoir trouvé ce que depuis 2,000 ans aucun médecin n'avait trouvé. La formule d'Hippocrate : *similia similibus curantur*, semblable au sphynx antique avait traversé les siècles sans que personne eût pu lui arracher son secret. Les médecins les plus illustres, qu'ils s'appelassent Paracelse, Van Helmont, Stahl ou Hunter, avaient en vain torturé les trois mots qui constituent la loi d'indication thérapeutique, sans avoir trouvé ce qui manquait pour l'application de cette loi. Et c'est parce

(1) Ce qui produit la strangurie qui n'existe pas, guérit la strangurie qui existe. Ce qui produit la toux et la fièvre qui n'existent pas, guérit la toux et la fièvre qui existent. *Similia, similibus curantur.* A Hippocrate appartient donc incontestablement la découverte de la loi de similitude et sa formule.

qu'Hahnemann a eu la claire vue des conditions nécessaires à l'application de la similitude qu'il est un homme de génie. Hippocrate avait dit. « Ce qui engendre la strangurie chez l'homme sain, guérit la strangurie chez l'homme malade. » Et Hahnemann a dit : si le médicament qui guérit est celui qui a la propriété de produire chez l'homme sain une souffrance analogue à celle qu'il guérit, il faut, pour appliquer la loi de similitude, expérimenter chez l'homme sain tous les médicaments afin de connaître leurs actions physiologiques et de pouvoir les appliquer au traitement des maladies. C'était bien simple, aussi simple que la découverte de l'Amérique; mais, comme disait Christophe Colomb, il fallait en avoir l'idée. Hahnemann est un homme de génie parce qu'il a eu cette idée, qu'il l'a eue claire, profonde, invincible, et que c'est poussé par elle qu'il a créé une œuvre nouvelle: la thérapeutique homœopathique.

Buvons donc à Hahnemann, le fondateur de la thérapeutique moderne.

Dr Léon Simon :

Messieurs,

Par une fâcheuse coïncidence le président sortant et le président actuel de la Société française d'homœopathie se sont trouvés en même temps aux prises avec la maladie. Je suis sûr d'interpréter fidèlement vos sentiments en leur disant la peine que cela nous a causée et notre satisfaction de les voir rétablis ou au moins hors de danger. Je sais qu'ils ont souffert leur mal avec beaucoup de courage et de patience, ce qui augmente encore, s'il est possible, l'estime que nous avions déjà pour eux.

On peut comparer leur sort à celui de la société qu'ils

représentent si dignement ; car elle n'a pas toujours eu une santé parfaite, je lui ai connu des crises d'anémie. Mais nous devons avoir confiance en ses médecins et je suis sûr que le traitement par les expositions et les congrès lui sera très salutaire.

Puisque nous sommes sur ce chapitre, je vous dirai que j'ai déjà reçu pour notre congrès un certain nombre de travaux qui assurent à la France un rang honorable. Mais plusieurs de ceux qui m'ont été promis ne me sont pas encore parvenus. Aussi permettez-moi de saisir cette occasion pour faire appel à votre zèle et à votre diligence. Vous savez que la date de notre réunion internationale n'est plus très éloignée et, quand même ce ne serait pas une nécessité, nous nous sommes fait une louable habitude d'être prêts le jour de l'inauguration.

Dr Conan :

Messieurs,

Je porte un toast à Hahnemann et à l'homo-homœopathie.

Depuis le jour déjà lointain où j'ai réuni et imprimé ces deux noms, bien des faits médicaux se sont déroulés, tous, comme il était facile de le prévoir, confirmatifs de notre loi.

De ce côté, nulle surprise ; mais où nous en avons éprouvée, je n'hésite pas à le reconnaître, c'est dans le mode de développement de cette propagande.

D'une part, dissémination rapide, extrêmement rapide de l'idée de la loi de similitude inconsciemment adoptée, il faut bien le reconnaître, et cela sur la foi du grand nom de Pasteur et de celui, très honorable encore, de Brown-Séquard.

De l'autre, dans nos rangs à nous, d'abord silence, puis hésitation, réserve prudente, dont l'analyse ne manquerait pas d'intérêt pour le chroniqueur et sur laquelle je n'insiste pas.

Constatons seulement que nous sommes actuellement dans une phase de transition, que le monde médical marche de l'allopathie à l'homœopathie, conduit dans cette voie nouvelle par ce que j'ai appelé l'homœopathie ou, si vous le préférez, l'organo ou sérothérapie.

Je constate que les allopathes font de l'homopathie sans la connaître, et qu'ils en font mal par conséquent. Mais en présence des admirables découvertes de Pasteur et de Roux, j'éprouve un sentiment que vous partagerez peut-être, celui d'une déception et d'un regret. Oui, comme homme et comme médecin, j'applaudis de toutes mes forces à ces découvertes. Mais, passez-moi cette expression, il me semble qu'on nous a volés, que c'est nous, Homœopathes, qui aurions dû les réaliser. Je sais bien que la sérothérapie est fille de notre loi, c'est une consolation, une espérance, mais c'est aussi un regret, dans le sens que je viens d'exprimer. A cela, plusieurs causes : d'abord nous manquions de laboratoire, et aussi de l'instruction technique nécessaire ; mais permettez-moi de vous le dire, nous manquions un peu de l'esprit même de cette instruction.

Nous nous sommes enfermés, encastrés, enserrés, dans certaines formules immuables qui ont entravé l'essort de l'Homœopathie.

La loi des semblables et des analogues sont deux lois très grandes, immenses, qui se présentent à nous sous des formes diverses.

Ne nous lions pas les mains, ne nous enchaînons pas

nous-mêmes par des mots, des divergences plus apparentes que réelles et surtout inspirons-nous d'Hahnemann, ce grand consciencieux qui a poussé la conscience scientifique à un degré qui n'a jamais été et qui ne sera peut-être jamais atteint.

Ne repoussons rien *a priori* et de parti pris, sans l'avoir examiné, expérimenté.

Étudions la nature comme l'a fait Hahnemann, certains d'avance que notre loi, la sienne, sortira victorieuse de cet examen quelqu'approfondi qu'il puisse être.

Imitons-le dans son esprit de dévouement à la science, en la mettant comme il l'a fait au-dessus de toutes les compétitions d'amour-propre, d'intérêts et de personnalité, et puis, quand nous aurons fait tout cela, disons-nous, que lui restera toujours le maître et aspirons simplement au titre plus vrai, plus modeste et très honorable encore, de répétiteurs.

Messieurs, je porte un toast à Hahnemann, à l'Homohomœopathie et à son développement.

Dr Encausse :

Messieurs,

En buvant à la gloire du réalisateur de l'Homœopathie, je tiens à demander à ceux d'entre nous qui seraient prêts à étendre davantage encore notre rayonnement de profiter des congrès multiples réunis par l'Exposition pour aller porter la parole chez nos adversaires allopathes.

Je sais que nous y récolterons peut-être des sarcasmes et des horions, mais peu nous importe si nous affirmons notre méthode et sa vitalité.

Je bois donc au rayonnement de la gloire d'Hahnemann, non seulement chez ses disciples, mais encore chez ses

adversaires qui, chaque jour, sont obligés de se rapprocher davantage de sa doctrine.

BIBLIOGRAPHIE

MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE D'URGENCE A L'USAGE DES FAMILLES

Le Dr G. Sieffert vient de publier sous ce titre un petit volume (1) de 400 pages contenant :

1° Un court exposé de la doctrine homœopathique.

2° Les médicaments homœopathiques les plus usités, passés en revue, d'après l'ordre alphabétique; leur action, leurs usages, leur mode d'emploi et, s'il y a lieu, les caractères de leur empoisonnement avec les moyens à y opposer.

3° Les maladies communes à tous les âges, par ordre alphabétique; courtes descriptions; indications des médicaments avec les doses appropriées; quelques mots du traitement externe ou du traitement chirurgical lorsqu'il peut être indiqué.

4° Maladies des femmes.

5° Maladies des enfants.

Ces deux parties sont traitées suivant la même méthode que la troisième partie; nous y trouvons en outre quelques généralités sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, l'hygiène du nouveau-nés, etc.

Nous souhaitons bonne chance à ce volume qui pourra rendre des services en l'absence du médecin.

Dr MARC JOUSSET.

(1) Chez Willmar Schwabe, Leipzig.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

JUIN 1900

THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Résumé d'observations cliniques, tirées de l'ouvrage de Norton sur les maladies des yeux, par Mossa, de Stuttgard — Extrait de l'*Allgem. homoop. Zeitung.*

Aconit. Synéchie postérieure des deux yeux, suite d'une iritis remontant à 18 ans. Une violente névralgie au côté droit de la tête, accompagnée de douleurs à l'œil droit, très sensible au toucher, larmoiement abondant et brûlant, injection péri-cornéale, pupille ne réagissant que lentement à l'administration de l'atropine. Rhus, puis Mercure corrosif restèrent sans résultat. Aconit 3e amena une amélioration rapide, et la guérison en dix jours. Dans l'espace d'un an et demi, les mêmes symptômes se montrèrent, mais de plus en plus rares et finirent par céder complètement sous l'influence de l'Aconit. Les deux yeux avaient souvent été touchés par le mal, mais le droit toujours plus atteint.

Un homme d'âge moyen, à la suite d'un travail à une mauvaise lumière, fut pris de sensation de chaleur des yeux, avec spasme du sphincter palpébral et rougeur con-

jonctivale, acuité visuelle d'ailleurs normale. Aconit mit promptement fin à ses malaises, et permirent au malade de reprendre ses occupations.

Agaricus. Médicament par excellence des spasmes palpébraux. Dans un cas de névralgie trifaciale avec spasme qui durait depuis un an, Agaricus supprima rapidement ce symptôme ; quand les hautes atténuations restent sans effet, il faut employer jusqu'à 4 gouttes de teinture 2 ou 3 fois par jour.

Un cas d'anémie du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, avec dispositions à la chorée a cédé à l'emploi de ce médicament.

Une jeune fille atteinte de spasmes de l'orbiculaire des paupières, et mouvement du globe oculaire empêchant la lecture. Un traitement de 3 mois avec l'Agaricus 3ᵉ trit., trois prises par jour, combiné avec mouvements gymnastiques des muscles de l'œil amenèrent la guérison.

A la suite de troubles utérins et d'anémie de la moelle, hyperesthésie de la colonne dorsale, une jeune fille ne pouvait, par suite de faiblesse du muscle droit interne ni fixer les objets éloignés ni regarder en dedans. Elle présentait des mouvements saccadés du globe oculaire, des spasmes des paupières et d'autres parties du corps. L'usage de verres prismatiques permit la vision binoculaire sans fatigue. L'emploi d'Agaricus fit qu'au bout d'une semaine les objets éloignés furent distingués sans fatigue ; les autres symptômes diminuèrent, et les exercices de gymnastique musculaire purent être commencés. Les applications d'eau froide firent disparaître les mouvements choréiques du globe oculaire, qui étaient revenus.

Alumina. Une caractéristique de ce médicament est le trouble de la vision le soir ; les yeux sont secs et refusent

le service. — Une jeune artiste, âgée de 18 ans, ne pouvait se servir de ses yeux le soir depuis plus d'un an.

La conjontive s'enflammait à tout travail des yeux ; le revêtement intérieur de la paupière inférieure est rugueux et sec. Au bout d'une semaine d'usage d'Alumina elle pouvait lire le soir, après 6 semaines elle était complètement guérie. Une légère récidive guérit en peu de jours avec le même médicament.

Nitrite d'Amyle. Un homme agé de 23 ans souffrait depuis un mois d'une inflammation de l'œil gauche avec une vive douleur s'étendant jusqu'à l'occiput ; aggravation nocturne, rougeur de la conjonctive, contraction de la pupille qui ne réagit que lentement sous l'influence de l'Atropine. Mercure iod. et corrosif, Bryonia restèrent sans effet ; le côté gauche de la face était turgescent, plus chaud que le droit, la langue, l'appétit précaire. Sous l'influence du Nitrite d'Amyle les douleurs cédèrent en 24 heures, la rougeur et les autres symptômes disparurent par degrés, et le malade guérit au bout de 8 jours.

Apis. — Chez une femme syphilitique âgée de 43 ans, et présentant une ulcération de l'amygdale gauche guérie par de fortes doses d'iodure de potassium, deux ulcères de la paupière inférieure droite, à bords irréguliers, rouge sombre, produisant l'œdème de la paupière, et de vives douleurs, Mercure resta sans effet. Après avoir mis fin aux douleurs dès l'abord, le gonflement et la rougeur disparurent; et les ulcères guérirent en 3 semaines ; ils n'ont pas reparu, en l'espace de 5 ans.

Un jeune garçon de 5 ans présentait un épaississement de la cornée droite avec rougeur et photophobie ; l'œil gauche commençait lui-même à s'enflammer. Le maxillaire inférieur portait une exostose, les articulations

étaient gonflées et douloureuses, empêchant la marche; fièvre, manque d'appétit. Malgré plusieurs médicaments, l'état s'aggravait, l'infiltration cornéenne sur les deux yeux obstruait tout le champ visuel. Apis fit cesser aussitôt les douleurs, la cécité et les phénomènes d'inflammation des yeux. Les cornées commencèrent à s'éclaircir, et une guérison complète se produisit. L'enfant était un syphilitique héréditaire.

Argentum nitricum. Un jeune homme était complètement aveugle, à la suite d'une affection cérébrale et croyait voir partout des serpents; il prit Argentum nitric. les serpents disparurent, mais la vue ne revint pas. Cet effet du médicament sur les hallucinations de la vue, sans amélioration de l'acuité visuelle, a son intérêt.

Arsenicum. Chez une femme de 35 ans, atteinte d'ulcère cornéen avec trachome chronique, blépharite, suite d'une éruption supprimée qui siégeait à la tête, la cornée était ponctuée de petits points blancs d'anciennes cicatrices; les paupières très douloureuses, photophobie, névralgies violentes. Sulfur 200 donna un peu de soulagement à l'œil droit mais le gauche devint plus douloureux. Le cuir chevelu se couvrit d'une éruption suintante et douloureuse, les deux yeux ressentirent des douleurs vives, avec larmes brûlantes, arsenic produisit l'amélioration au bout de 10 jours, avec guérison des élancements douloureux. L'acuité visuelle revint peu à peu, les granulations palpébrales disparurent, et l'éruption guérit.

Dans une kératite parenchymateuse, avec commencement d'infiltration, larmoiement, photophobie, douleur brûlante dans l'œil ayant son maximum à 4 h. du matin, douleurs s'irradiant au crâne et à la joue, Cinnabar 3e, Aurum muriat. 3e ne donnèrent aucun résultat, qu'une

aggravation. Arsenic 3e fit aussitôt cesser les douleurs, et les symptômes inflammatoires peu après (par arsenic 30e). La transparence de la cornée se rétablit au bout de 4 semaines.

Une jeune fille de 20 ans avait une rétinite albuminurique double, compliquée d'hypertrophie du ventricule droit du cœur, avec douleurs à l'occiput, langue jaune, étalée, sèche, pouls irrégulier. De l'œil gauche ne pouvait compter les doigts qu'à une distance de 2 pieds : elle fut guérie en 2 mois par arsenic 3e et 30e, et sulfur 30e.

Aurum. — Un jeune garçon de 7 ans souffrait depuis 14 jours de troubles visuels : taches cornéennes avec rougeur et photophobie, aucune douleur. Il pouvait encore compter les doigts à 2 pieds de distance. En 4 semaines, cet enfant scrofuleux recouvrit son acuité visuelle, sous l'influence d'aurum muriat. 3e. Deux semaines plus tard, il ne restait sur la cornée qu'un léger trouble.

Un homme qui avait eu, 10 ans auparavant, la syphilis sans accidents secondaires, était atteint d'hémiopie ne voyant, dans une chambre que les objets inférieurs, toute la partie supérieure de la pièce restant obcure. Aucune douleur dans l'œil, les objets semblaient plus petits et plus éloignés. L'acuité visuelle était de 5/200. L'ophtalmoscope révélait une chorio-rétinite chronique avec dépôt liquide en arrière de la rétine et notable atrophie de cette membrane. Le corps vitré était opaque, infiltré. L'œil droit normal. La seule médication était ici celle des symptômes; digitalis et aurum. En raison de l'origine spécifique, et de l'excès d'iodure, on donna aurum 200 et, au bout de peu de jours, le trouble du corps vitré s'amenda, la rétinite n'augmenta plus, et dans l'espace d'un an

l'acuité visuelle arriva à 15/200, sans pouvoir rien gagner de plus, car la rétine présentait certain degré de sclérose.

Belladonne. — Dans un cas d'hyperesthésie rétinienne avec dysménorrhée névralgique, une jeune personne de 20 ans qui ne pouvait se servir de ses yeux sans que la lumière provoquât des douleurs jusque dans la tête, avec sensation d'étincelle dans les yeux, Nux vom. ne réussit à rien. Belladonne 3ᵉ permit au bout de 3 semaines la vision sans douleur, et les règles ne furent plus douloureuses.

Une neuro-rétinite chez un sujet âgé de 5 ans, à la suite d'une fièvre guérie sans quinine, s'était développée au point qu'elle ne pouvait compter les doigts. A l'œil droit la papille est très gonflée, à contours effacés, et infiltrés, comme la rétine qui l'entoure, l'origine du nerf optique est difficile à découvrir. Les artères et les veines sont dilatées, et couvertes par des produits infiltrés. Sur la macula on voit des taches triangulaires et blanc clair. A gauche la rétine et le nerf optique présentent les mêmes altérations, même infiltration, mêmes taches. Pas trace d'albumine dans les urines.

On administre Belladonne 3ᵉ et en 3 jours la vue se rétablit ; en 2 semaines les hémorrhagies de la rétine disparurent, le gonflement de la papille optique et de la rétine diminua, la céphalalgie disparut. Après une semaine la vue était bonne, les exsudations sur la rétine à peine perceptibles, bien que les taches aient persisté sur la macula.

Calcarea carbonica. — Sous l'influence répétée du froid humide un homme vit se développer sur ses yeux un ptérygion. Calcar. carb. arrêta promptement la produc-

tion de l'excroissance et amena l'éclaircissement graduel de la cornée. Dans une conjonctivite phlycténulaire avec douleurs vives de l'œil, rayonnant dans le crâne, et s'aggravant entre 2 et 3 heures du matin, sulfur ne donna aucun soulagement, cal. carb. amena la guérison rapide.

Cannabis sativa. — Un jeune enfant de 7 ans, syphilitique, avait une kératite qui s'aggrava malgré l'emploi d'Aurum muriat. Conium, Arsen., etc., et les installitions d'Atropine. Le siège était à l'œil gauche, le droit avait été, dès le début, amélioré par Aurum muriat. La cornée était dépolie, couverte d'un épithélium rugueux, larmoiement abondant, photophobie intense, vascularisation manifeste à l'œil nu; peu de douleur. Cannab. sat. 3e fut donné 4 jours sans succès; on fait prendre la T. M. 10 gouttes par jour dans 100 grammes d'eau, une cuiller à café d'heure en heure; l'amélioration parut aussitôt, l'enfant put ouvrir les yeux, et la vascularisation de la cornée disparut; au bout d'un mois elle ne présentait plus qu'un trouble léger.

Cantharis. — Dans un cas d'ophtalmie résultat d'une brûlure, avec un fer chaud, Cantharis fit cesser rapidement l'inflammation et la douleur. — Dans un autre cas, une brûlure de la cornée par une étincelle et causant une légère infiltration palpébrale, photophobie intense, et peu de douleur, Cantharis 30e amena une guérison rapide, confirmée par Aconit et Atropine.

Causticum. — Une cataracte d'aspect dur s'accompagnait chez un homme d'incontinence d'urine. Causticum arrêta l'évolution du la cataracte, au bout d'un an même la vue sembla améliorée, malgré la persistance de l'opacité. Quelques années plus tard, le mal n'avait fait aucun progrès. Norton ne prétend pas arriver, par la médication interne, à modifier les traînées opaques du cristal-

lin, mais il prétend diminuer les troubles diffus qui accompagnent l'opacité.

Une fillette de 11 ans, à la suite d'un refroidissement, vit diminuer en une semaine son acuité visuelle; à l'examen on ne constata qu'une paralysie de l'accommodation. Elle prit Causticum 200e, et sentit dès la première prise sa vue s'améliorer. (Après le refroidissement par l'humidité c'est Rhus qui convient. Causticum s'adresse au froid plus sec).

Chelidon-majus. — Norton affirme qu'une série d'inflammations de l'œil, opacité de la cornée, névralgies ciliaires intermittentes ont bénéficié de Chelidon-majus. Cela s'explique par l'heureux effet de ce médicament dans les cas compliqués par les affections du foie, qui souvent sont simultanées de ces maladies de l'œil.

Chelidonium majus est d'un effet utile dans des cas d'obnubilation de la cornée, névralgie ciliaire intermittente,mais dans les maladies de l'œil qui s'accompagnent de troubles au foie.

Conium maculatum. employé dans un cas d'hyperesthésie rétinienne, avec dyschromatopsie, céphalée et douleurs du globe de l'œil, impuissance à lire même les caractères imprimés de Snellen n° 200, amena une recrudescence du mal dans la tête et les yeux, bientôt suivie, après quelques jours, du retour de la vision, disparition de la photophobie et des douleurs (Conium).

Un cas d'asthénopie chez un sujet qui ne pouvait lire que quelques instants, et que la lumière et la chaleur incommodaient, provoquant dans les yeux des douleurs brûlantes, a été promptement guéri par Conium.

Croton tiglium, dans un cas d'herpès zoster ophtalmique caractérisé chez un enfant, où Rhus 30e n'avait rien

produit, Croton tigl. 30e a donné une amélioration rapide.

Duboisia. Les troubles de l'accommodation, avec hyperhémie de la rétine, douleurs aiguës du globe, du front et de l'occiput, chaleur sèche du globe, injection conjonctivale.furent traités par la Duboisine 3e, trois fois par heure ; au 3e jour la céphalalgie avait disparu, le fond de l'œil était normal, ainsi que la conjonctive, et la lecture était redevenue facile. — Chez une jeune personne de 21 ans atteinte de sensation de sécheresse de l'œil, douleur palpébrale, gonflement œdémateux de ces membranes, symptômes que la lumière du gaz fait naître au bout d'un instant, même sans effort de lecture, l'hypérhémie conjonctivale est telle que les médecins l'avaient d'abord jugée granuleuse ; on donna Duboisine 3e, 4 fois par jour et après trois jours tout était rentré dans l'ordre. Un homme de 42 ans souffrait de vertiges depuis 3 mois, syphilitique depuis 20 ans, ayant eu 17 ans auparavant une contusion à la tête. vit sa vue s'affaiblir. L'ophtalmoscope révéla des deux côtés une dilatation des vaisseaux de la rétine, des épanchements sur la papille droite et la rétine. Bellad-3e n'amena qu'une faible amélioration, et des hémorrhagies se produisirent des deux côtés, avec douleurs dans les yeux et à la tête. Duboisine 3e fit cesser au bout de deux semaines les douleurs, diminuer les hémorrhagies du nerf optique et de la rétine, et améliora l'acuité visuelle.

Esérine. En instillant dans un œil une solution trop forte de ce produit Norton a provoqué des contractions cloniques des paupières, auxquelles succédèrent un spasme des lèvres, puis des crampes dans les bras et les épaules, une sensation de pression dans les yeux, troubles des idées, somnolence et contraction extrême de la pupille ; cet ensemble de symptômes démontre son homœopathicité

dans les spasmes de l'accommodation. D'après la pratique de Laqueur, de Strasbourg, ce produit peut, dans le glaucome, abaisser pour un temps la pression intra-oculaire et tenir lieu de l'iridectomie. On l'a employée dans la conjonctive purulente, l'asthénopie accommodative, à la dose de 1 à 4 sur 5.000.

Acide fluorique. A été employé par C. Hering à la 30e, et a guéri une ancienne fistule lacrymale qui, tous les trois jours, gonflait, devenait douloureuse et donnait issue à du pus.

Gelsemium. Dans un cas de choroïdite avec trouble du corps vitré, qui empêchait même de voir le fond de l'œil, rougeur irritable des paupières, mydriase, vive douleur dans l'œil, surtout au mouvement, Bryone et d'autres médicaments n'amenèrent qu'un soulagement passager. L'épithélium cornéen commençait à se soulever. Gelsemium 30e fit cesser peu à peu les douleurs, le corps vitré s'éclaircit, et au bout de deux semaines la vision était rétablie. — Dans une irido-choroïdite, avec exsudation, sur la membrane de Descemet, trouble de l'humeur aqueuse et du corps vitré des deux côtés, douleurs, même pendant le sommeil Gelsem. 30e fut suivi d'amendement des symptômes et du rétablissement consécutif de l'acuité visuelle. — Une rétinite albuminurique de la grossesse, ayant causé des épanchements sanguins sur la rétine, le nerf optique se trouvant plus blanc que normalement, guérit par Gelsemium. Dans les décollements rétiniens, avec troubles du corps vitré, choroïdite et rétinite séreuse, ce médicament produisit au bout d'un mois le retour aux fonctions normales. Il s'est encore montré actif dans les décollements consécutifs à la myopie, dans les paralysies des muscles de l'œil, ou les paralysies diphtéritiques qui souvent

accompagnent les paralysies des muscles inspirateurs. Gelsemium, dans ces cas, se distingue par son insensibilité aux excitations réflexes des autres médicaments de la paralysie, Conium Causticum et Rhus. Conium, en particulier, a l'excitation réflexe très accentuée, les photophobies.

Graphites. Un enfant atteint de kératite granuleuse chronique d'extrême violence avec saillie des canthus externes dont la surface était saignante, et le nez envahi par une croûte épaisse, les deux cornées couvertes de pannus, fut guéri par Graphites d'une manière rapide et durable.

Hepar sulfuris. Une opacité cornéenne complète les deux côtés (Norton), avec douleurs dans les yeux, la tête, larmoiement, photophobie, blépharite, sans syphilis, mais avec des antécédents de rhumatisme, fut d'abord traitée sans succès par divers médicaments, mais au bout d'un mois d'emploi d'Hepar sulf. 30° l'amélioration fut si grande qu'il ne resta qu'un léger trouble cornéen. — Une kérato-iritis gauche, avec ulcère, injection marquée des paupières, paresse de l'iris, photophobie et larmoiement, douleur intense rayonnant de l'œil gauche au côté correspondant de la tête, fut guérie en peu de temps par Hepar sulf.

Un cas d'anesthésie de la rétine, avec sensation au milieu du champ visuel d'une tache claire entourée d'une ligne noire et l'impression comme si l'œil était tiré vers l'intérieur du crâne, en arrière, fut traité par Hepar sulf 200. Cette impression subjective disparut aussitôt, et l'acuité visuelle, au début de 20 sur 100, s'éleva à 28 sur 30 dans l'espace de 12 jours.

Ignatia s'applique aux sujets nerveux, hystériques. Chez

une jeune négresse de 17 ans, à la suite de l'extraction d'une dent se produisit pendant 6 mois une saillie de l'œil, avec douleur et larmoiement, palpitations du cœur. Ignatia 3e mit fin à l'exophtalmie,et aux autres symptômes au bout de 8 jours.

On a publié un cas d'hypéresthésie rétinienne avec hystérie, névralgie ciliaire, photophobie intense, que l'emploi d'Ignatia 3e et une hygiène appropriée guérit au bout de 10 jours. — Chez une jeune fille une névralgie ciliaire se propageant au sommet du crâne, avec nausées, globe hystérique, développement graduel de douleurs jusqu'à un degré extrême, et ne cessant qu'après l'épuisement complet de la malade,Ignatia donna une guérison rapide.

Jaborandi. Norton a constaté que ce médicament donne la contraction des pupilles,tension de l'appareil d'accommodation, et cause dans l'acuité visuelle des variations subites. Un homme de 32 ans présentant des douleurs dans les yeux, voyant des points noirs devant les objets, une acuité de 20 sur 30, obtint en trois jours par Jaborandi 3e l'amendement de ces malaises. — Un sujet de 28 ans, atteint de spasme du muscle ciliaire,et de myopie résultant d'un éclairage défectueux, constata, au bout de trois semaines, la disparition de tous ses troubles après l'emploi de Jaborandi 3e. Une jeune fille de 10 ans ne pouvait lire plus de 5 minutes sans fatigue, et sans avoir des nausées quand les objets environnants étaient en mouvement.Jaborandi 3e fit disparaître la nausée en 24 heures, et après une semaine de traitement elle put lire trois quarts d'heure sans fatigue. — Dans un cas de cataracte au début et d'asthénopie, où la malade ne pouvait se servir de ses yeux plus de quelques minutes sans que survînt la nausée, surtout quand elle envisageait les objets éloi-

gnés, la tête à ce moment semblait comme trop légère, Jaborandi 3e enleva en trois jours toute nausée et toute douleur des yeux.

La nausée et le vertige sont (Norton) caractéristiques de ce médicament, analogue en cela d'Agaricus et de Physostigma; mais dans les spasmes du muscle ciliaire, Jaborandi est plus actif que ees derniers. Il trouve son emploi dans la faiblesse de l'accommodation, si elle est due à l'irritation, tandis que la Duboisine s'adresse à la faiblesse vraie.

Kali bichromicum a ramené, dans un cas de trachome et de pannus étendu, la transparence de la cornée ne laissant subsister qu'un léger trouble de cette membrane.

Kali jodatum. C'est comme l'antidote de l'infection syphilitique dans les affections de l'œil, surtout après les abus du mercure. Dans les tumeurs syphilitiques de l'orbite il s'emploie avec succès ; dans la choroïdite disséminée, non spécifique, avec plaques d'atrophie choroïdienne, hypérémie du nerf optique, trouble léger du corps vitré, acuité visuelle à droite de 20 sur 200, Kali jodat. ramena en 6 mois l'acuité à 20 sur 30, fit disparaître toute trace d'hypérhémie et de douleur, sans rien changer, naturellement, à l'atrophie. Une paralysie du droit externe, due au froid, et compliquée de vertige, diplopie, résista à Causticum 30e. On donna alors kali jod. 0,4 par jour ; en 48 heures on obtint de l'amélioration, et en deux semaines le muscle avait repris son action normale.

Kali chloratum. Un homme de 35 ans présenta une infiltration de la cornée, qui s'étendit sur toute la surtace, et ne permettait pas de compter les doigts ; la pupille se dilatait, quoique lentement par l'atropine. Des douleurs existaient que Cinnabar, ni d'autres médicaments n'at-

ténuèrent. Kali chloratum 6e déc. abattit l'inflammation, et la cornée redevint transparente au bout de trois mois. Dans une choroido-rétinite bien observée, aux troubles du corps vitré, atrophie de certains points, douleurs sourdes de l'œil, Kali chlor. 6e déc. administré 4 fois par jour ramena après un mois l'acuité visuelle à 20 sur 30 au lieu de 20 sur 200, où elle était au début du traitement.

Lycopodium, d'après Norton, est le médicament par excellence de l'héméralopie. Les mouches volantes noires indiquent d'une manière expresse l'opportunité de ce médicament.

Mercurius dulcis. Chez une enfant blonde, scrofuleuse, de 6 ans, un ulcère cornéen était presque perforé, s'accompagnant d'une vive rougeur, photophobie, Calomel 2e amena une guérison rapide. Dans les ophtalmies plus profondes, comme l'irido-choroïdite, signes d'une constitution scrofuleuse, peut-être même de syphilis héréditaire, avec cachexie générale, ce médicament est souvent indiqué.

Mercurius iod., flavus. Une kératite marginale, avec vascularisation de la conjonctive péri-cornéenne, et une tache cornéenne à bords nets, le médicament à la 3e puissance fit diminuer les dépôts péri-cornéens, et ne laissa qu'une tache sur la membrane. — Des troubles du corps vitré, avec sensation de taches noires ou de points brillants, se montrèrent chez une femme de 26 ans, avec la chambre antérieure de l'œil droit effacée, un iris décoloré et adhérent à la cristalloïde antérieure et aucun reste d'acuité visuelle. A gauche, même décoloration de l'iris, qui cependant est dilaté et mobile ; le corps vitré est trouble et au voisinage du nerf optique sont des taches bleu-verdâtre comme de sang épanché. Le malade ne souf-

fre pas, se plaint seulement de la présence de ces points noirs, de la difficulté à supporter la grande lumière, et de la rapide fatigue de l'œil. Il prend Merc. jod. flav. 3e, 4 fois par jour et au bout de 20 jours son acuité visuelle passait de 20 sur 50 à 20 sur 30, et enfin après deux mois de traitement l'acuité était revenue à gauche de 20 sur 30 à 20 sur 20. — Un jeune homme présenta une paralysie complète de tous les filets du moteur-oculaire droit. Les présomptions de syphilis lui firent administrer kali jod. à dose massive trois semaines, puis Rhus une semaine, sans succès. Merc. jod. flav. 30e, associé à l'électricité ramena en trois jours la contractilité musculaire et, après un mois, la guérison complète.

Mercurius solubilis. Un cas de kérato-iritis avec douleur vive la nuit, et larmoiement abondant, accompagné d'hypopyon, fut guéri par M. solubilis. Une femme de 35 ans avait la cornée couverte d'anciennes cicatrices, injection de la sclérotique, amincie même en quelques points, au point de laisser transparaître la couleur de la sclérotique, la malade se plaignait d'une vive douleur de l'œil avec aggravation nocturne, Merc. sol. 30e amoindrit les douleurs en quelques heures, et les guérit promptement. — Dans un autre cas similaire, avec douleurs vives donnant comme un vertige, merc. sol. 30e, combiné à l'atropine, guérit en quatre jours.

Natrum muriaticum, employé à la 30e dil. a donné une guérison rapide à un jeune comptable âgé de 28 ans qui avait fatigué ses yeux. Le muscle droit interne était si faible que le malade ne pouvait même plus lire, l'œil était hypérémié, craignait le jour, et très sensible à un léger contact supportait sans peine une plus forte pression, qui semblait le soulager.

Nux vomica s'emploie dans l'amblyopie des buveurs et l'atrophie du nerf optique. — Un homme de 55 ans, qui après des excès de boissons et de tabac était arrivé à l'atrophie blanche du nerf optique avec diminution très accentuée de l'acuité, ne comptant les doigts qu'à 4 ou 5 pieds de distance, prit durant 10 jours Nux vom. 30e, et 200e, sans résultat. On lui donna alors Nux vom. 1re et au bout de 6 jours, il comptait les doigts à 10 pieds ; après 6 semaines il avait recouvré 15 sur 20 de son acuité, sans qu'on ait supprimé le tabac. — Un jeune fumeur de 18 ans vit subitement sa vue baisser, sans aucun symptôme subjectif. Après 2 jours d'abstinence de tabac et l'emploi de Nux vom. 30e, l'acuité baissa au point qu'il ne distinguait plus les doigts qu'à 1 pied et demi. On prescrit aussitôt Nux vom. 1re, et en 3 semaines il avait recouvré la vision normale. — Une jeune fille perdit subitement la vue d'un côté, deux semaines après elle avait une acuité de 20 sur 70, la faculté de voir le blanc était d'étendue normale, pour le rouge sensiblement rétrécie ; la pression du globe oculaire douloureuse. En 3 jours Nux vom. ramena tout à l'état normal. — Un sujet de 53 ans, avec diplopie par paralysie des branches du nerf oculo-moteur, accompagnée d'une douleur frontale sourde, prit Causticum 3 semaines sans résultat ; Nux vom. 3e mit fin aux douleurs de tête, et après 18 jours de Nux vom. 1er les muscles reprirent toute leur activité. Nux vom. est le médicament par excellence des paralysies musculaires dues au tabac ou à l'alcool.

Opium. Une paralysie totale de l'accommodation par diminution de la sensibilité de la rétine du côté droit, partielle à gauche, s'accompagnait de douleurs frontales persistantes, sensation de vide dans l'estomac,

constipation, douleur en ceinture autour de la poitrine, vertige avec douleurs au front et à l'occiput ; Nux vom. 2e échoua, Opium 3e guérit. — A la suite d'une névralgie violente, avec face rouge et tirée du côté droit, ainsi que la langue, embarras de la parole, prédominance du mal au côté droit, diminution de la tension artérielle, augmentation de la tension veineuse, taches hémorrhagiques sur la papille, Opium ramena, non seulement peu à peu la vision, mais fit aussi disparaître la paralysie.

Phosphorus. Un homme ayant fatigué sa vue outre mesure voyait les caractères imprimés en rouge, et des étincelles devant ses yeux ; il avait des points d'atrophie sur la choroïde, entourés d'une marge de tissu récent d'inflammation, la rétine était trouble, le disque optique rouge, gonflé, à contours peu visibles, le corps vitré trouble avec des corps flottants. — Phosphorus 200e fit aussitôt disparaître la vision rouge et les autres troubles, sans modifier, bien entendu, l'atrophie. — Dans un cas de glaucome, avec iridectomie, avec douleurs de tête et sensation comme d'un nuage sur les yeux, Phosphorus fit disparaître la douleur et éclaircit le champ visuel. — Ce médicament a réussi dans l'hypérhémie et l'inflammation de la rétine ; dans la congestion subite de là rétine, avec douleur des yeux rayonnant dans le crâne ; la rétinite surtout avec disposition aux hémoptysies.

Physostigma, employée à l'intérieur en 2e déc. (Woodyatt) contre la myopie due au spasme du muscle ciliaire, a ramené, chez certains malades, la vue à l'état normal, et supprimé les douleurs à l'exercice des yeux, les mouches volantes, l'irritation, les phénomènes qui mènent au spasme de l'accommodation : ce médicament agit bien, même quand il n'y a pas de symptômes d'irritation; il est

analogue de Jaborandi, mais convient encore mieux que lui dans l'irritation du muscle ciliaire.

Phytolacca decandra s'applique aux cas de cellulite de l'orbite à forme rare avec gonflement du tissu intra-orbital qui est dur, résistant au toucher; les paupières sont rouge bleu, dures, gonflées, l'œil saillant, peu mobile, avec chémosis, larmoiement et photophobie. — Norton fait ressortir l'analogie entre Rhus et Phytolacca dans les cas de panophtalmie. Rhus convient dans les cas plus douloureux, à inflammation plus active, avec œdème palpébral, larmoiement profus, tandis que *Phytolacca* s'applique aux paupières à gonflement dur, rouge-bleu.

Prunus spinosa correspond au symptôme suivant ; une vive douleur, comme fulgurante, au côté droit du front, rayonnant jusqu'en arrière, douleur dans l'œil droit qui semble laceré. Ce médicament a réussi dans les névralgies ciliaires, aggravées par le mouvement, quelquefois aggravées la nuit ; il convient aux troubles profonds de l'œil, comme la choroïdite postérieure.

Il y a donné de bons résultats dans les troubles du corps vitré, suite de choroïdite.

Pulsatilla. Bien que, d'après Norton, ce médicament n'ait pas été accepté par tout le monde, dans l'hypérhémie et l'inflammation du nerf optique, il cite deux cas bien remarquables où Pulsatilla 30[e] a ramené à la normale des yeux présentant à l'examen tous les signes d'inflammation du nerf optique et de la rétine.

Rhododendron se caractérise par l'aggravation des symptômes douloureux à l'approche d'un orage ou d'une tempête.

Spigelia est utile dans l'iritis rhumatismale (à la 30[e]). Le caractère de la douleur de Spigelia est violent et pongitif,

comme si une lame s'enfonçait dans l'œil et la tête, augmentant au mouvement et la nuit. Est utile dans les névralgies ciliaires, intermittentes ou non.

Spongia convient, employé à haute puissance, dans la maladie de Basedow.

Sulphur. Chez une jeune dame, atteinte de staphylome de l'œil gauche et qui avait subi une sclérotomie pour diminuer la tension intra-oculaire, et qui s'était atrophié en un moignon, des phénomènes d'ophtalmie sympathique parurent qui furent, en peu de jours, dissipées par Sulphur 200°.

Terebenthina n'a fourni, dans les expérimentations, que peu de symptômes agissant sur l'œil, mais son action dans l'état de rhumatisme à symptômes urinaires, tels que besoins fréquents, brûlure à la miction, pression et douleurs rénales, urines rares et brûlantes en font un bon remède des affections oculaires concomitantes, en particulier de l'amblyopie des buveurs.

Veratrum viride par son action bien connue sur les vaso-moteurs a été employé dans les inflammations des organes du bassin, et par analogie dans les troubles visuels dus à l'action réflexe ou sympathique. On l'a donné aussi pour des troubles de la choroïde, de la rétine ou du nerf optique chez l'homme, avec succès, quand les vaso-moteurs étaient en jeu.

Zincum metallicum, administré dans un cas de douleur dans le grand angle de l'œil, avec douleurs concomitantes au dos, aux bras, aux mains, épaississement de la caroncule lacrymale, épaississement et rougeur de la paupière, amena en 8 jours (employé à la 200°) une amélioration et en deux mois la résorption de tout le gonflement.

Carr. Dunham cite un cas de ptérygion enflammé avec

photophobie, larmoiement, douleur dans le grand angle de l'œil, guéri par Zincum. Enfin Wanstall a guéri avec Zincum sulf. 30° une dacryocystite suppurée à sécrétion de pus épais et rougeur et inflammation du canthus.

(Extrait de *Allg.homœopathische Zeitung* 1900 — nos 5, 6, 7, 8, 9, 10.)

Traduit par le Dr PICARD.

LA TRACTION RYTHMIQUE DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE

Le procédé de la traction rythmique de la langue pour remédier à la mort par asphyxie ou par syncope est passé depuis longtemps dans la pratique. Seulement, jusqu'à présent, il n'y avait aucune règle pour déterminer la durée pendant laquelle il était nécessaire de continuer les tractions rythmiques pour ramener de la mort apparente à la vie. M. Laborde vient, dans une communication à la Société de biologie (séance du 3 février 1900), de combler cette lacune. *Il fixe à trois heures la durée réelle de survie post-mortelle.*

Cette règle est établie d'abord sur des expériences pratiquées sur des cobayes et sur des chiens. Ces animaux, asphyxiés et réduits à l'état de mort apparente, ont pu être ramenés à la vie après la traction linguale d'une durée de deux à trois heures. Un chien, qui a été soumis à deux reprises successives et immédiates à ces expériences a été conservé au laboratoire sous la dénomination justifiée de Lazare. Mais ce qui est plus important, c'est qu'il existe un fait clinique d'un noyé ramené à la vie, après un séjour sous l'eau de dix minutes, par des tractions rythmiques de la langue continuées trois heures. Le rapport officiel qui relate ce cas est signé par le directeur des douanes.

Le jeune homme âgé de 16 ans était resté environ dix minutes sous l'eau. Quand on le retira il était absolument inerte. Tout espoir de le ranimer paraissait perdu ; mais le brigadier Agnel, qui avait retiré le jeune homme de l'eau, pratiqua des tractions rythmées de la langue et sans se décourager par l'inutilité apparente de ses efforts. prolongea l'opération pendant trois heures. Au bout de ce temps, la respiration se rétablit et le jeune homme fut sauvé.

Il est bon de signaler ces faits, car on se décourage vite devant ces morts apparentes qui peuvent être réelles et qu'aucun signe ne permet de distinguer. Les minutes paraissent des heures, et nul n'aurait le courage de prolonger pendant trois longues heures la traction rythmée de la langue, s'il n'y était encouragé par le fait que nous venons de citer. Cet été même, appelé auprès d'un noyé avec l'un de mes confrères, au bout d'une heure de traction rythmée de la langue, nous avons cru inutile de continuer cette manœuvre, et cependant l'observation que nous avons rapportée plus haut prouve que nous avons eu tort.

M. Laborde, pour faciliter la traction rythmée de la langue pendant un si long espace de temps, a inventé un tracteur automatique qui remplace la main du médecin.

Dr P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

LEÇON SUR PLUMBUM ET STANNUM
EXTRAITE DE LA MATIÈRE MÉDICALE CLINIQUE DE FARRINGTON.

Plumbum Metallicum.

Plumbum. { Belladonna, Platina, Nux vomica, Cuprum, Opium. China. }

{ Opium. Alumina. }

On peut étudier les symptômes de Plumbum ou du plomb en débutant par sa principale propriété qui est la tendance à produire la contraction des fibres musculaires, tant volontaires qu'involontaires. Il détermine la contraction des muscles et cause aussi la contraction des vaisseaux sanguins, parce qu'il affecte les fibres musculaires involontaires ou non striées. Le premier symptôme que produit ordinairement l'empoisonnement par le plomb, soit qu'on l'absorbe à petites doses par la bouche, comme lorsqu'on boit de l'eau imprégnée de plomb, soit lorsqu'on l'absorbe par inhalation comme dans le cas des peintres, est la colique de plomb qui consiste en douleurs crampoïdes horriblement douloureuses, avec rétraction de la paroi abdominale faisant prendre au ventre un aspect plutôt concave que convexe. Ceci se comprend étant donné le spasme des muscles droits; comme ils sont contractés, ils tirent naturellement en dedans les parois de l'abdomen. Les douleurs s'irradient dans toutes les directions et

suivent généralement le trajet des nerfs; elles causent parfois du délire lorsqu'elles gagnent le cerveau, de la dyspnée quand elles s'étendent à la poitrine, de la rétraction testiculaire quand elles gagnent cette direction et de violentes crampes dans les jambes quand elles en atteignent les nerfs. Les coliques s'accompagnent de constipation opiniâtre et même, dans quelques cas, de vomissements fécaloïdes.

Les coliques ont comme antidotes : *Alumina*, *Alun*, *Platina*, *Opium*, *Nux vomica* ou *Belladona*; l'alcool les empêche.

Les symptômes qui viennent ensuite ont un caractère de paralysie. Le premier symptôme caractéristique ici est la chute du poignet par suite de la paralysie des muscles extenseurs de la main. Plumbum l'a guérie lorsqu'elle était due à une cause autre que l'empoisonnement par le plomb. Cette paralysie s'étend aux autres parties du corps en se portant toujours sur les muscles extenseurs de préférence aux muscles fléchisseurs. Ils survient sur les gencives un liséré bleuâtre; ceci est dû à ce que le soufre qui existe dans le tartre des dents se combine avec le plomb des vaisseaux sanguins et forme un sulfite de plomb insoluble. Comme je l'ai dit, la paralysie gagne et s'étend à toutes les parties du corps; il y a alors comme caractéristique une paralysie avec atrophie des parties atteintes, ceci dû à un véritable changement organique. Aussi trouve-t-on Plumbum indiqué dans la paralysie organique, dans la paralysie due à une affection de la moelle épinière, lorsque les éléments nerveux ont subi une sorte de dégénérescence graisseuse ou de sclérose.

Plumbum convient à la maladie connue sous le nom de

sclérose cérébro-spinale multiple. Il est indiqué par ce symptôme : tremblement suivi de paralysie.

Nous le trouvons souvent indiqué dans la paralysie avec contracture.

L'atrophie musculaire progressive peut aussi demander Plumbum.

Le plomb tend aussi à empêcher le développement de l'utérus, aussi peut-on le trouver indiqué dans les cas de tendance à l'avortement. Le fœtus se développe dans la matrice, mais les fibres musculaires de cet organe ne se développent pas en proportion, aussi l'utérus ne peut-il continuer à s'accommoder de la présence d'un fœtus en voie d'accroissement et l'avortement s'ensuit-il.

Nous trouvons quelquefois Plumbum indiqué dans le délire, délire alternant avec des coliques et ressemblant beaucoup à celui de *Belladonna*. Le malade mord et frappe ceux qui l'entourent, mais le malade diffère de celui de Belladonna, en ce qu'il y a du tremblement de la tête et des mains et des mucosités jaunâtres dans la bouche et sur les dents. De plus le délire alterne avec les coliques, ce qui n'est pas le cas sous Belladonna.

Les autres troubles cérébraux dus à l'empoisonnement par le plomb sont rares, mais on peut encore rencontrer l'insomnie, les forts maux de tête, soit à l'occiput, soit au front, avec ou sans vertige, des bruits dans les oreilles, des troubles de la vision ; diplopie, amaurose ; de la contraction du pharynx, quoique les liquides soient avalés d'un trait et avec avidité. L'esprit est faible, morose et triste. Le tout est précédé d'urines albumineuses.

Plumbum a fréquemment causé l'épilepsie. Les symp tômes qui le caractérisent ici sont : une lourdeur presqu paralytique des jambes avant l'attaque et ensuite une

sorte de paralysie avec sommeil pendant lequel on ronfle. Il est spécialement indiqué dans les convulsions dues à la sclérose cérébrale ou à une tumeur.

On peut employer Plumbum dans la constipation, lorsqu'il y a de la rétraction abdominale déjà mentionnée, avec une contraction marquée du sphincter anal. Il y a des efforts pour aller à la selle et le malade se plaint de la sensation d'une corde qui lui attirerait l'anus dans le rectum.

Comme action sur les reins, Plumbum produit la dégénérescence graisseuse ou la cirrhose de ces organes. Il y a très peu d'hydropisie ou d'albuminurie mais une tendance marquée aux convulsions urémiques.

Stannum.

Stannum.	Causticum. Phosphorus, Sulphur Sepia, Pulsatilla, etc.	Nerfs.	Epuisement, Paralysie, Spasmes, Névralgie.
Pulsatilla.		Muqueuses. Fièvres. Organes.	

Stannum est un médicament qui n'a pas beaucoup de symptômes; aussi peut-on l'exposer assez rapidement. Son complémentaire est *Pulsatilla*.

Le malade de Stannum est triste et larmoyant comme sous Pulsatilla; pleurer aggrave généralement l'état du malade. On trouve cette dépression de l'esprit dans les maladies de poitrine dont Stannum est le remède. Ceci diffère plutôt de l'état d'esprit des tuberculeux qui sont généralement pleins d'espoir presque jusqu'à la dernière heure de leur existence. Stannum est particulièrement in-

diqué lorsqu'ils ont de la dépression, aussi l'est-il rarement dans la vraie tuberculose. La femme chez qui Stannum est indiqué est faible et nerveuse; elle est tellement nerveuse, irritable et faible, qu'elle devient anxieuse et qu'elle a des palpitations de cœur au moindre exercice, même, par exemple, quand elle donne des ordres dans son ménage. Cet épuisement nerveux se traduit de différentes manières; il se manifeste plutôt quand le malade descend les escaliers que lorsqu'elle les monte. Il lui semble qu'elle ne peut pas descendre les marches ou qu'elle n'a pas assez de forces dans les jambes. Il y a encore une autre preuve de cet épuisement : la malade ne se plaint pas beaucoup en marchant, mais lorsqu'elle essaie de s'asseoir, elle se laisse absolument tomber sur son siège. Ceci n'est pas un symptôme imaginaire, vous le rencontrerez dans les affections utérines.

Pour les symptômes mentaux on peut comparer *Natrum mur. Pulsatilla* et *Sepia* avec Stannum. Natrum mur a un caractère triste, mélancolique et pleureur; les consolations semblent donner de l'aggravation, et si l'on essaie de réconforter le malade on l'exaspère.

La malade de Pulsatilla est tranquille, pleureuse et faible; elle recherche les consolations, elle a des époques peu abondantes et en retard. tandis que c'est le contraire avec Stannum.

La malade de Sepia se tracasse de sa propre santé, mais elle fait preuve de la plus complète indifférence pour sa famille, elle s'offense facilement et devient aisément violente.

Nous avons quelques remèdes pour le relâchement des tissus que produit la faiblesse. Tout d'abord, lorsque vous trouvez que le malade est fatigué en parlant, on peut com-

parer Stannum avec *Cocculus*, *Veratrum album*, *Sulphur* et *Calcurea ostrearum*.

Pour la paralysie fonctionnelle provenant de fatigue ou d'émotions mentales, il faut comparer *Cocculus*, *Ignatia*, *Phosphorus*, *Natrum mur* et *Collinsonia* avec Stannum.

Le malade de Stannum est affligé de troubles de la digestion, de dyspepsie. Il a des nausées et des vomissements le matin, ou bien l'odeur de cuisine donne des vomissements. Ce dernier symptôme est une forte indication pour Stannum, surtout chez les femmes. Il y a sensation de défaillance épigastrique comme sous *Sepia* et aussi un goût amer dans la bouche. Le rectum est paresseux; il faut faire beaucoup d'efforts pour évacuer une selle molle. La figure peut être pâle et les traits tirés avec un cerne bleuâtre autour des yeux. Ces symptômes indiquent la débilité dont souffrent les femmes et sont l'indice de vers. Ils peuvent réclamer Stannum lorsqu'il y a des vers. Celui-ci peut même être indiqué lorsque la présence de ces parasites cause des convulsions, ce qui le met à côté de *Cina*, *Artemisia*, etc.

Les hommes qui demandent Stannum sont hypochondriaques, ils ont des douleurs gastralgiques qui les forcent à marcher pour se soulager et ils sont si faibles que cet exercice les fatigue à l'extrême; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre.

La malade de Stannum a du prolapsus de la matrice; ce prolapsus réclame si souvent Stannum que Richard Hughes le trouve généralement utile dans le simple prolapsus utérin. Vous trouverez aussi que sous Stannum il y a du prolapsus du vagin. Ces symptômes de prolapsus s'aggravent quand la malade va à la selle. Ses règles sont toujours abondantes; la leucorrhée a le caractère saillant

du médicament, elle est jaunâtre, ou bien c'est un mucus clair. En même temps il y a une faiblesse insupportable. La malade est si faible qu'elle peut à peine remuer : la prostration est si grande, qu'en s'habillant le matin la malade est obligée de s'asseoir à plusieurs reprises pour se reposer. Il y a du tremblement des bras et des jambes ; les jambes semblent être de plomb. Cette faiblesse est toujours pire en descendant, soit lorsqu'on descend les escaliers, soit lorsqu'on prend une posture assise. Ces symptômes utérins peuvent s'accompagner de sensation de défaillance dans la poitrine. La malade se sent si faible qu'elle peut à peine parler.

Vous pouvez vous rappeler, comme ressemblant un peu à Stannum dans le prolapsus utérin avec aggravation des symptômes en allant à la selle, de *Podophyllum* qui a du prolapsus utérin avec de la diarrhée. Les selles sont ordinairement vertes et viennent en jet.

Comme vous pouvez vous y attendre, une malade au système nerveux aussi affaibli que l'est la malade de Stannum doit souffrir de névralgies. La caractéristique générale qui vous guidera dans son emploi est que *les douleurs augmentent et diminuent lentement.* On les rencontre surtout sur le trajet du nerf sus-orbitaire. Avec ce caractère de la douleur, nous trouvons Stannum utile dans la prosopalgie consécutive à la fièvre intermittente et à l'abus de la quinine.

Pour les douleurs qui augmentent et diminuent lentement, les remèdes qui se rapprochent le plus sont *Platina* et *Strontium carb.*

On a traité l'épilepsie par Stannum, surtout lorsqu'elle est un réflexe d'une affection abdominale telle que la présence de vers dans l'intestin. Le malade a la figure pâle,

les yeux cernés et des coliques que soulage une forte pression de la main sur l'abdomen. Lorsque l'enfant est assez âgé pour décrire ses sensations, il accuse un goût sucré dans la bouche. Stannum est aussi utile dans l'épilepsie avec complications sexuelles, opisthotonos et mains fermées sur les pouces.

Les spasmes hystériques peuvent demander Stannum, surtout lorsqu'ils s'accompagnent de douleur dans le ventre et le diaphragme.

Passons maintenant à l'action de Stannum sur les muqueuses. Quand c'est le remède, nous trouvons qu'il y a une sécrétion abondante, douce, non violente, jaune ou jaune verdâtre, c'est donc une sécrétion muco-purulente. Quelquefois, mais pas aussi souvent, le mucus est tenace, visqueux et mélangé de sang. Les mucosités se forment avec rapidité dans la poitrine et elles sont expectorées facilement, ce qui soulage beaucoup le malade. L'oppression, la faiblesse, le serrement de la poitrine sont soulagés lorsque le crachat est sorti. La voix qui est rauque et enrouée semble hausser de ton à la suite de l'expectoration, qui améliore aussi franchement la dyspnée. La toux est très fatigante et très ennuyeuse, elle est pire la nuit et excitée par la parole et la marche rapide. En outre, le malade se plaint de faiblesse de la poitrine ; il lui semble n'avoir aucune force dans cette partie du corps. La dyspnée s'aggrave à nouveau dans la soirée.

Tels sont les symptômes qui indiquent Stannum dans le cas de rhume négligé ; ils suggèrent aussi ce médicament dans ce qu'on a appelé fort justement la phtisie catarrhale. La fièvre hectique est marquée, les accès viennent d'une manière caractéristique à 10 heures du matin. Dans l'après midi le malade devient rouge et chaud

avec aggravation de ses symptômes au moindre exercice ; la nuit, il a des sueurs abondantes surtout vers 4 ou 5 heures du matin. Je dois vous dire que pour ces accès vers 10 heures du matin dans la fièvre hectique, j'ai plusieurs tois essayé *Natrum mur.*, mais sans en retirer aucun bénéfice.

Stannum est un remède qu'il faut choisir avec beaucoup de soin, autrement vous serez désappointés. Il faut qu'il y ait de la faiblesse.

Lorsque vous trouverez Stannum insuffisant dans la phtisie catarrhale, vous pourrez songer aux remèdes suivants :

Silicea est indiqué aussi bien dans la phtisie tuberculouse vraie que dans la catarrhale, lorsqu'il y a de la toux qui augmente par le mouvement rapide. Il y a beaucoup de râles muqueux dans la poitrine, l'expectoration est plus purulente que celle de Stannum, il y a ordinairement des cavernes dans les poumons. Vous trouverez souvent Silicea indiqué dans la phtisie des gens âgés.

Il faut souvent comparer *Phosphorus* avec Stannum avec beaucoup de soin, car on emploie souvent mal à propos un remède à la place de l'autre. Ils ont tous deux l'enrouement, l'aggravation du matin, la faiblesse de la poitrine, la toux, les crachats abondants, la fièvre hectique, etc. Phosphorus a plus de sang ou de stries sanguinolentes et plus de serrement dans la poitrine, etc,

Senega est un remède qui produit une grande sensibilité des parois de la poitrine et une grande accumulation de mucus clair et albumineux très difficile à expectorer. Ces symptômes s'accompagnent souvent de pression sur la poitrine comme si les poumons étaient refoulés vers la colonne vertébrale. Il est spécialement indiqué chez

les personnes à fibre lâche. Le Senega contient de la *Senegine* ou *Acide pyrogallique* qui a une composition identique à la *Saponine*, le principe actif du *Quillaya saponaria*. Ce dernier produit la même espèce de rhume que Senega.

Coccus cacti est utile dans la coqueluche avec vomissement de grands filaments de mucus clair et albumineux. Il peut être utile aussi dans la phtisie catarrhale lorsqu'en outre de mucus il y a des douleurs aiguës sous les clavicules.

Le *Baume du Pérou* est indiqué dans la phtisie catarrhale par une expectoration purulente abondante. Nous ne connaissons que peu de chose par rapport à ce médicament, aussi ne devons-nous le choisir que par exclusion.

Yerba santa ou l'*Eryodiction Californicum*, lorsqu'il y a embarras de la respiration par suite d'accumulation de mucosités, amaigrissement considérable et fièvre.

Parmi les autres remèdes qui ont beaucoup de mucosités dans la poitrine il y a : *Antimonium crudum* et *tartaricum*. *Chamomilla*, *Belladonna*, *Calcarea ostrearum*, *Calcarea phosphatica*, *Ipécaouanha* (chez les enfants), *Lycopodium*, *Sulphur*, *Phosphorus*, *Baume du Pérou* (crachats purulents), *Hepar*, *Scilla*, *Yerba santa* (fièvre, amaigrissement, asthme dû aux mucosités) *Copaiva* (crachats abondants gris vert, d'une odeur dégoûtante) *Illicium anisatum* (pus avec douleur au troisième cartilage costal droit ou gauche), *Pix liq* (crachats purulents, douleur au troisième cartilage gauche). *Myosotis* (crachats abondants, amaigrissement, sueur nocturne).

Dans la pleurésie, nous trouvons Stannum indiqué par des élancements semblables à des coups de couteau commençant dans l'aisselle gauche et s'étendant vers la clavi-

cule gauche. Quelquefois, ils vont du côté gauche dans l'abdomen. Ils sont aggravés en se penchant en avant, par la pression et dans l'inspiration.

On emploie quelquefois Stannum dans la paralysie fonctionnelle provenant de l'onanisme ou d'émotion. Quelques personnes du tempérament faible et nerveux décrit plus haut sont tellement affectées par les émotions qu'elles en perdent le mouvement. Il faut comparer ici Stannum avec *Staphysagria* et *Natrum mur.*

(*Traduit par le* Dr G. Nimier).

LA CONGESTION DU FOIE D'ORIGINE MERCURIELLE

M. Lisanti a eu souvent l'occasion d'observer, chez des sujets présentant des manifestations variées de la syphilis et soumis au traitement spécifique, les signes manifestes d'une congestion hépatique subaiguë et passagère, dont l'origine mercurielle ne pouvait être mise en doute.

Dans ces cas, le foie devint sensible à la pression en même temps qu'il augmenta de volume et prit une consistance plus ferme ; mais sa surface resta parfaitement lisse. Le volume de l'organe ainsi tuméfié présenta des variations fréquentes, qui survenaient brusquement du jour au lendemain et coïncidaient souvent avec des crises polyuriques et azoturiques. C'est là, d'après M. Lisanti, une particularité caractéristique de la congestion hépatique due au mercure.

Pour ce qui concerne les troubles subjectifs accusés par les malades, ils consistèrent en une sensation de plénitude à l'hypocondre droit et à l'épigastre, ou bien en douleurs spontanées irradiant vers l'épaule droite et s'accen-

tuant à l'occasion des mouvements. Souvent il s'y joignit un affaiblissement général avec tendance aux vomissements : il survint parfois des épistaxis à répétition.

On constata, en outre, dès les premiers jours, une teinte jaunâtre des conjonctives oculaires, suivie d'ordinaire d'un ictère généralisé peu intense. Les urines étaient rares, de coloration rouge foncé ; elles contenaient des pigments biliaires, ainsi que de l'albumine et des cylindres rénaux.

Comme l'auteur n'a vu survenir ce syndrome que pendant la cure mercurielle et chez des sujets qui, avant le traitement, n'avaient jamais rien présenté du côté du foie ; comme, d'autre part, les troubles en question se dissipèrent après qu'il eût fait cesser l'usage du mercure et se reproduisirent dès qu'on revint à la médication spécifique, il se croit autorisé à conclure qu'il s'agissait dans l'espèce d'une affection hépatique transitoire, due au traitement hydrargyrique et non pas à la syphilis elle-même.

Dans toutes les observations de l'auteur, la congestion hépatique s'est dissipée en deux ou trois semaines après la cessation du traitement mercuriel (*Riforma medica* et *Semaine médicale*, 16 mai).

Nous employons depuis longtemps le calomel dans le traitement de l'ictère, de la congestion du foie et des accidents de lithiase biliaire en suivant les indications de la loi de similitude, et en appliquant les connaissances que nous avons de l'action du mercure sur l'homme. Quelques médecins allopathes ont recommandé dans ces dernières années le calomel, à petites doses : 1 centigramme par jour (Huchard), nous ne sommes pas fâchés de leur montrer par un travail allopathique qu'ils font de l'homœopathie sans le savoir.

D[r] MARC JOUSSET.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Contribution a l'histoire de la grippe.

La grippe ou influenza passe généralement dans le monde pour une maladie nouvelle et inconnue ; et comme un certain nombre de médecins partagent cette erreur, nous avons voulu rappeler en quelques mots et à grands traits l'histoire de cette maladie. Les médecins qui voudront bien lire les 125 pages qu'Ozanam a consacrées à l'histoire du *catarrhe épidémique*, dans le premier volume de son savant ouvrage sur les épidémies, verront que la première relation d'épidémie de grippe remonte au mois d'août 1239 et se trouve dans la chronique des Frères mineurs. De cette époque à la fin du siècle dernier, Ozanam rapporte l'histoire d'un nombre considérable d'épidémies, décrites sous des noms variables : grippe, follette, petite peste, influenza, catarrhe *russe*, parce qu'on avait déjà remarqué que l'épidémie se propageait d'Orient en Occident, coqueluche, non pas que la maladie pût être confondue avec la véritable coqueluche, mais parce que, pour se garantir du froid, les malades se couvraient la tête d'un bonnet nommé *coqueluchon*.

Toutes ces descriptions se ressemblent, et de plus ressemblent parfaitement à ce que nous observons à la fin de ce siècle. La maladie présente des formes bénignes, ordinaires ou très graves. La variété catarrhale est dominante, mais les variétés rhumatoïdes et intestinales tiennent la même place que de nos jours. La prostration,

l'inappétence, l'insomnie, se retrouvent dans toutes les descriptions. Les complications de pneumonies, presque toujours mortelles chez les vieillards et chez les enfants, est notée par la plupart des auteurs. Les éruptions exanthématiques, pourprées, milliaires ou pétéchiales ne sont point oubliées. Les complications d'otite avec suppuration, que nous observons si fréquemment dans ces dernières épidémies de grippe, sont fréquemment signalées. Enfin, la phtisie pulmonaire est indiquée comme une terminaison fréquente de l'influenza. Les auteurs signalent encore une débilité plus ou moins grande et une inappétence qui ne se dissipe que peu à peu, comme une conséquence habituelle de la grippe.

Les rares autopsies pratiquées dans le siècle dernier ont permis de constater l'existence de véritables pneumonies.

Les médecins qui nous ont transmis l'histoire de la grippe avaient remarqué que cette maladie sévissait sur un nombre considérable d'individus, que tous ou presque tous l'avaient à un degré différent. Ils avaient été frappés comme nous de la gravité insidieuse de certains cas de grippe et l'avaient appelée petite peste.

Ces quelques lignes suffiront pour montrer que la grippe est une maladie habituelle à nos régions et que c'est faire preuve d'ignorance d'en parler comme d'une maladie nouvelle.

Dr PIERRE.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ALBUMINURIES CURABLES

J. Teissier (de Lyon) vient de publier sur ce point de médecine pratique un mémoire fort intéressant. Ce médecin commence par rappeler cette phrase du professeur Jaccoud : *Toute albuminurie est curable*, qu'au nom de la clinique et du bon sens médical nous remplacerons par celle-ci : toutes les espèces d'albuminurie renferment des cas curables; mais malheureusement, depuis comme avant l'affirmation du professeur Jaccoud, un grand nombre de malades atteints d'albuminurie sont absolument incurables et beaucoup meurent. Non seulement tous les praticiens seront de mon avis, mais l'histoire anatomique de la maladie de Bright ne justifie que trop la fatalité du pronostic que je viens de porter. La sclérose d'un organe, arrivée à un certain point, ne rétrograde jamais; et quand cette lésion a envahi un rein dans sa totalité, il est fou de dire que toute albuminurie est curable.

Le mémoire de M. Teissier a néanmoins une grande utilité pratique : c'est de montrer précisément dans quels cas l'albuminurie est curable. Et nous verrons que ses conclusions sont en parfaite harmonie avec ce que nous venons d'avancer. Les albuminuries curables sont :

1° Les albuminuries dites physiologiques;

2° Les albuminuries intermittentes cycliques des adolescents;

3° Les albuminuries digestives;

4° Les albuminuries d'origine nerveuse.

Or aucune de ces albuminuries ne s'accompagne de néphrite aiguë ou chronique et c'est pour cela qu'elles sont curables. Quant aux albuminuries brightiques, celles qui s'accompagnent d'une lésion du rein, elles ne sont curables que lorsque la lésion est circonscrite et restreinte à une partie du rein. Quand le processus morbide est arrêté, la lésion rénale est limitée, le reste de l'organe suffit à la fonction et le malade peut être considéré comme guéri, aussi bien quand une petite quantité d'albumine persiste, que quand ce symptôme a complétement disparu.

Nous allons maintenant suivre M. Teissier dans son exposition et préciser avec lui la proportion des guérisons et les symptômes qui permettent d'affirmer cette guérison.

Ne nous occupons point des albuminuriques fonctionnels sur la guérison possible desquels il n'existe aucun doute, mais seulement des albuminuries rénales ou brightiques.

Dans un premier chapitre, l'auteur, sous le nom de *néphrite aiguë*, traite des néphrites infectieuses, dont il reconnaît dix variétés : néphrites prétuberculeuses, varioliques, syphilitiques, impaludiques, symptomatiques du rhumatisme articulaire aigu et de l'érysipèle, de la puerpéralité et enfin de la scarlatine. M. Teissier reconnaît, avec raison, que *la maladie gouverne l'affection* et que la gravité ou la bénignité de la néphrite, et par conséquent sa curabilité sont en rapport avec la maladie dont l'albuminurie est le symptôme. Ainsi les néphrites symptomatiques du rhumatisme et de l'érysipèle guérissent très rapidement. Celles de la fièvre typhoïde sont plus

tenaces. Les néphrites de la diphtérie et surtout de la scarlatine, quand on ne les a pas guéries dans les premières semaines de lour durée, sont presque toujours incurables.

Dans un second chapitre que M. Teissier intitule *néphrites chroniques*, et qui contient les vrais cas de maladie de Bright, notre auteur a réuni un certain nombre d'observations de guérisons complètes. Mais ici, comme dans le chapitre précédent, la maladie dont la néphrite constitue une affection joue le rôle principal au point de vue du pronostic. Les néphrites chroniques guéries sont toutes des néphrites de diabétiques, de calculeux ou d'artérioscléreux, en un mot, des *néphrites goutteuses*. Mais les néphrites chroniques qui ont succédé à une néphrite scarlatineuse ou diphtéritique ou même de fièvre typhoïde ou qui sont la suite d'une néphrite aiguë *à frigore*, sont presque toujours fatalement incurables, parce qu'elles correspondent à une lésion de la totalité de l'organe.

Nous pouvons maintenant, après ces remarques préliminaires, examiner les statistiques apportées par M. Teissier, étudier les signes qui permettent de conclure à la guérison de la néphrite, et enfin déduire les conséquences pratiques qui résultent de cette guérison. C'est seulement pour l'albuminurie chronique que Teissier nous donne une proportion de guérison. Il divise sa statistique en celle de la ville et celle de l'hôpital. Dans la statistique de la ville, sur 100 malades, il estime que 9 sont entièrement guéris. Ainsi donc, 9 p. 100 de guérisons. Pour la statistique hospitalière, notre auteur donne 13,15 p. 100 de survie prolongée ou de guérison.

Les malades qui ne présentent plus aucun trouble fonc-

tionnel et dont les urines ne contiennent jamais d'albumine, quel que soit leur régime, sont incontestablement des malades guéris. Mais il existe une catégorie d'anciens brightiques qui présentent toutes les apparences de la santé, mais dont les urines décèlent une certaine quantité d'albumine, Ces malades sont-ils réellement guéris? L'albuminurie *cicatricielle ou résiduale* qui survit à la maladie est-elle un reliquat qui restera toujours compatible avec la santé? Ou cette lésion peut-elle devenir le point de départ d'une rechute? Ces questions ont une importance considérable au point de vue du mariage, d'une profession à embrasser, ou d'un contrat d'assurance sur la vie. Ces questions sont pleines de difficultés dans la pratique. Il n'est point indifférent d'exposer aux fatigues de la maternité une jeune fille guérie d'une néphrite, mais qui présente encore des signes d'albuminurie. Et le jeune homme placé dans la même situation pathologique, le laisserons-nous s'engager dans la profession militaire et en particulier dans la cavalerie? Nous avons permis le mariage dans les conditions pathologiques, que nous venons de dire, et plusieurs fois les femmes ont supporté sans aucune espèce de rechute les fatigues de la maternité. Malgré tout, un médecin sera toujours anxieux quand il sera consulté dans de semblables circonstances.

Le Dr Teissier enseigne que quand l'albuminurie persiste dans un état fixe et que ni le régime (bouillon gras et poisson), ni la fatigue, ni la station debout, ne font varier les proportions de l'albumine, si d'ailleurs l'état général est absolument bon, on peut considérer le malade comme guéri et agir en conséquence.

Dr Wagner.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février. — Dans cette séance, M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Théophile Anger : *Traitement des tumeurs érectiles par les injections coagulantes.* En résumé, le travail de M. Théophile Anger est une plaidoirie en faveur du traitement des angiomes volumineux par les injections coagulantes.

Les accidents mortels déterminés plusieurs fois par les injections de perchlorure de fer pur ont dégoûté les chirurgiens de la méthode des injections pour les tumeurs érectiles. Si M. Théophile Anger a appliqué cette méthode et l'a reprise plus de 40 fois sans accident, c'est qu'il a modifié la technique de l'opération. Il ne se sert pas de perchlorure de fer pur, mais de la liqueur de Piazza, qui est composée de :

Perchlorure de fer à 30°	25	grammes.
Chlorure de sodium. .	15	—
Eau.	60	—

Il a remplacé dans quelques cas le chlorure de sodium par le chlorure de zinc, 3 grammes.

Remarquons cependant que Le Dentu a signalé un cas de mort, mais un seul, avec la liqueur de Piazza. Et de son côté, le professeur Berger trouve que les effets des injections coagulantes sont bien souvent trompeuses, et autant que la chose est possible, il préfère l'extirpation.

— — — —

M. Lucas-Championnière conserve une grande défiance des injections coagulantes.

Dans la même séance, le professeur Berger communique une observation : *Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux*. La restauration du nez quand la charpente ostéo-cartilagineuse, aussi bien que les parties molles ont été détruites, se heurte à de grandes difficultés.

La plus grande difficulté est de refaire un squelette capable de supporter et de maintenir les formes des parties molles destinées à former le nez nouveau. Claude Martin, de Lyon, a inventé des supports métalliques implantés sur les os de la face et destinés à supporter les lambeaux qui doivent reconstituer le nez. Mais cette méthode pèche par un point principal, c'est qu'elle permet l'infection des parties molles et des trous dans lesquels s'implante le squelette métallique, pendant la cicatrisation des lambeaux détachés.

Vautrain, de Nancy, a remédié le premier à cet inconvénient en renfermant dès les premiers temps de l'opération la charpente métallique entre deux plans de lambeaux réunis par première intention. C'est ce dernier procédé qu'a employé le professeur Berger pour la malade qu'il présente aujourd'hui à l'Académie. Cette malade a été opérée il y a trois mois, et elle est entièrement guérie. Elle possède un nez un peu court, un peu épaté, trop large à sa racine, mais qui n'en est pas moins très présentable.

Dans la même séance, M. Huchard a présenté quelques considérations sur les *formes atténuées de la grippe, et les principes de traitement*. Rien à dire sur la partie patho-

logique de ce mémoire. Les états dénommés *grippe atténuée apyrétique* et *grippe atténuée fébrile* sont bien observés. Les considérations sur la bactériologie de la grippe sont assez confuses et ne concluent pas à grand'chose. Nous nous arrêterons davantage sur la thérapeutique. Naturellement, le Dr Huchard commence par la *prophylaxie*. Il énumère une foule de soins hygiéniques aussi difficiles à appliquer qu'impuissants à préserver de la grippe, pour ne pas dire plus. Il préconise d'abord l'antisepsie et l'asepsie rigoureuse des cavités naturelles et de la surface cutanée. En temps de grippe, la population tout entière serait occupée en lavages buccaux et nasaux, gargarismes, attouchement sur les parties profondes des amygdales, du naso-pharynx, avec la liqueur de van Swietten, ou le formol, ou l'acide phénique, suivant les goûts. Pour corriger l'insuffisance rénale et hépatique *possible*, il faut supprimer de l'alimentation toutes les toxines alimentaires, toutes les viandes plus ou moins faisandées, renoncer aux dîners en ville et aux banquets pour adopter le régime lacté et végétarien. Certes, on n'en demanderait pas plus pour se préserver de la peste. Et quand tous les Parisiens seront absorbés par les soins des gargarismes et livrés au régime lacté et végétarien ; quand ils se seront rendus incapables de travail aussi bien que de plaisirs par un régime insensé, ils auront la grippe un peu plus qu'avant ce traitement soi-disant prophylactique, parce qu'ils se seront affaiblis par le régime conseillé. L'asepsie rigoureuse des cavités buccales et nasales, telle qu'elle est conseillée ici, est un pur enfantillage. Il ne faut jamais avoir fait une culture de microbes pour croire qu'un lavage de la bouche, si bien fait qu'il soit, puisse préserver pendant plusieurs heures de l'envahissement des microbes

pathogènes. Si le chirurgien ne se trempait pas continuellement les mains dans le sublimé, il infecterait continuellement son malade.

Le traitement curatif préconisé par M. Huchard atteint le plus haut degré de la fantaisie. Il consiste dans la prescription, dans la grippe même la plus légère, de 1 gramme à 1 gramme 1/2 de bromhydrate de quinine, quelquefois pendant un seul jour, ou suivant l'indication, deux ou trois jours. Quelquefois il ajoute au bromhydrate de quinine le seigle ergoté.

Pour quelles raisons appelons-nous ce traitement une thérapeutique de fantaisie. Parce que, ne reposant sur aucune indication positive, il ne peut qu'être le fruit de l'hypothèse, du caprice ou de la mode. Eh! bien, nous ne laisserons jamais passer de tels enseignements sans protestation.

Pourquoi M. Huchard préfère-t-il le bromhydrate au sulfate de quinine? Pas de réponse.

Pourquoi préfère-t-il les hautes doses aux petites doses employées dans l'armée allemande? Pas de réponse encore.

J'ai donc eu raison d'attacher l'épithète *caprice* à ces prescriptions.

Pourquoi M. Huchard préfère-t-il le sulfate de quinine à l'antipyrine? Ici, M. Huchard répond et accuse l'antipyrine de diminuer l'excrétion rénale, de déprimer le système nerveux, et d'abaisser la température fébrile, ce qui est un mal, dit-il. Hypothèse renouvelée d'Hippocrate sur les bienfaits de la fièvre.

M. Mosset, de Toulouse, a démontré que la présence de la quinine dans le sang rend ce milieu peu favorable au développement du microbe de Pfeiffer. Seulement,

comme ce microbe ne se trouve jamais dans le sang, l'argument n'a aucune valeur. Mais M. Huchard a d'autres arguments pour donner le bromhydrate de quinine, des arguments *physiologiques* : « cet agent est antifluxionnaire, tonique, vaso-constricteur et hypertenseur », et comme dans la grippe, l'élément congestif, la vaso-dilatation et l'hypotension artérielle jouent un rôle important, le sulfate de quinine est le médicament indiqué par la loi des contraires. Il n'y a aucune objection à faire à cet argument, si toutefois on admet les propriétés attribuées par M. Huchard au sulfate de quinine, et le processus morbide dont il gratifie la grippe. Or, ces propriétés du sulfate de quinine sont presque toutes hypothétiques, et le processus morbide de la grippe contient bien autre chose que les éléments congestifs et l'hypotension vasculaire. Le sulfate de quinine, un *tonique*. Nous défions M. Huchard de nous citer une expérimentation ou un fait clinique qui démontre cette propriété du quinquina ou de son alcaloïde. Des expérimentations, il est inutile d'en chercher, il n'en existe pas. Des faits cliniques, il n'y en a pas davantage, seulement, il y a ce qu'on appelle des *trompe-l'œil*. Le quinquina, comme tous les prétendus toniques, le fer lui-même, ne relèvent les forces et ne reconstituent que quand ils guérissent la maladie. Les seuls agents qui méritent le nom de *toniques* sont empruntés à l'hygiène : aliments, air, exercices, hydrothérapie, etc. Il n'y a pas de médicaments toniques, et je ne comprends pas un thérapeutiste qui emploie encore cette qualification. Les vrais, les seuls toniques, sont, encore une fois, du domaine de l'hygiène.

Pour Huchard, avons-nous dit, le sulfate de quinine est un *médicament physiologique* de la grippe, parce que, à la

dose de 1 gr. 50, il est antifluxionnaire et vaso-constricteur. Or, si jusqu'à 1 gramme, le sulfate de quinine élève la pression sanguine d'après Schlokow, Block, Meissner et Jerusalemski, à la dose de 1 gramme, 1 gr. 50, il devient *hypotenseur et vaso-dilatateur*. C'est un médicament dépressif aux doses où le conseille le Dr Huchard, d'après Briquet, Duméril, Keil, Schlokow, Levitzky, Schroff jeune, Liebermeister. L'indication du sulfate de quinine donnée par M. Huchard repose donc sur une erreur, et l'expérimentation donne un démenti à son hypothèse. Si le sulfate de quinine était vraiment un médicament curatif de la grippe, il s'appliquerait par la *loi des semblables* et non par la *loi des contraires*, puisque son action est déprimante comme celle de la toxine grippale. Qui ne sait que le sulfate de quinine est un poison du cœur analogue à la digitale (Rabuteau)? A l'Académie, on est peu au courant des questions de pharmaco dynamie, car M. Fernet, répondant au Dr Huchard dans la séance du 13 mars, emboîte le pas après lui sur le sulfate de quinine vaso-constricteur et hypertenseur. Il semble vraiment que l'Académie ait autre chose à faire que de s'occuper de thérapeutique positive et de matière médicale expérimentale.

Pour terminer avec cette question de la grippe, nous passerons à la séance du 13 mars où la communication de M. Huchard a été discutée.

C'est d'abord M. Minot, associé national, qui représente la thérapeutique ancienne et solennelle. Il est pour les purgatifs et le vésicatoire. Le purgatif, puisque la langue est chargée et saburrale, *le besoin d'une purgation apparait clairement; le malade lui-même la réclame et il a raison* ! Nous ne nous attarderons pas à rappeler à ce con-

frère que l'état saburral de la langue tient à l'état d'inflammation de la muqueuse de la langue et non à l'état de l'estomac et que le besoin d'une purgation exprimé par le malade ressemble bien peu à une indication scientifique. Si nous osions nous permettre cette expression, nous dirions que c'est une *indication de portière.* Quant au vésicatoire nous l'abandonnons aux indignations de M. Huchard.

M. Fernet, dans un discours fort savant et très documenté, nous expose ses idées sur la grippe et son traitement. Il fait une juste critique de l'abus du sulfate de quinine et de l'antipyrine. Il préconise la strychnine sous forme d'injection hypodermique comme le meilleur médicament pour combattre la dépression nerveuse. Mais son traitement de choix est surtout hygiénique. Il se résume à alimenter le malade dans la mesure du possible et à favoriser l'élimination du poison par les reins.

Le lait et la cure hydrique seraient deux moyens employés pour répondre à cette dernière indication, les lotions froides et même les bains froids comme dans la fièvre typhoïde. Nous ferons remarquer à M. Fernet que la strychnine est certainement un des médicaments les plus vaso-constricteurs, mais cette propriété ne se manifeste qu'avec des doses toxiques, qu'elle est due à la contraction énergique des muscles striés, au commencement d'asphyxie qui résulte de la suppression intermittente des mouvements respiratoires et aussi à la vive excitation du centre vaso-moteur lui-même.

Séance du 6 mars. — M. Debove fait une communication à propos d'un malade obèse traité avec succès. Cette observation présente un certain intérêt. Cet homme

était goutteux, et quand il entra dans le service de M. Debove, à l'âge de 54 ans, il pesait 147 kilogrammes, avait quelques arthrites goutteuses, de la polyurie, 80 centigrammes d'albumine. Il gisait étendu sur son lit et ne pouvait rester debout que soutenu par deux aides. Sa torpeur morale était comparable à sa torpeur physique. La cure d'amaigrissement choisie par M. Debove consista à lui donner une ration alimentaire insuffisante. Pendant le mois d'avril le malade prit par jour 2 litres 1/2 de lait cru et maigrit de 15 kilogrammes. Pendant le mois de mai, la malade ne prit que 2 litres de lait et maigrit de 7 kilogrammes. Pendant les mois de juin, août, septembre et octobre, la ration du malade fut réduite à 1 litre; il maigrit de 20 kilogrammes. Sa constipation obligeait à le purger deux fois par semaine.

Au 1er novembre, le malade ne pesait plus que 105 kilogramme, il avait cessé de maigrir quoiqu'il ne prît qu'un litre par jour. A ce moment on changea son régime. Sa nourriture se composait de légumes verts, de salades herbacées, de fruits crus à discrétion, pommes et oranges. En 4 mois, le malade était arrivé à ne peser que 93 kilogrammes. En même temps, il a recouvré toute son activité physique et morale et l'albumine avait disparu.

M. Debove a réussi, au moyen d'une alimentation insuffisante, c'est certainement le meilleur traitement de l'obésité, et la seule objection qu'on puisse faire, c'est qu'il est difficile de trouver des malades qui veuillent accepter ce régime dans toute son intégrité.

Mais M. Debove a une *théorie*. Pour lutter contre l'obésité, il ne faut donne que des aliments qui ne soient modifiés ni par la cuisson, ni par aucun autre procédé de conservation: lait cru, œufs crus, viande crue, salade her-

bacée, fruits, eau à discrétion. Comme M. Debove ne nous donne aucune raison qui incrimine la cuisson des aliments, nous enregistrons sa formule comme une simple théorie.

M. Pinard communique de nouveaux documents pour servir à l'*histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse.* Ce travail s'appuie sur un certain nombre d'observations fort intéressantes et qui prouvent entre autres choses qu'il ne faut jamais désespérer de l'opération, si grave que soit l'état de la malade. M. Pinard conclut que l'appendicite peut se produire à toutes les périodes de la grossesse; que l'appendicite revêt un caractère spécial de gravité et prend souvent une allure foudroyante pendant l'état gravide; que l'intervention opératoire, aussi hâtive que possible, peut seule offrir des chances de guérison. Comme elle a réussi dans les cas désespérés, il faut avoir le courage d'intervenir.

M. Pinard ajoute : toute la question revient à ceci, faire un diagnostic précoce. Or ce diagnostic est toujours possible.

Ce diagnostic est possible, car la douleur et la défense musculaire au lieu d'élection ne font jamais défaut. M. Pinard rappelle ensuite qu'il n'existe jamais, de douleur abdominale que quand il y a menace de fausse couche, ce qui est facile à reconnaître. Quant à la péritonite de la grossesse décrite dans les traités classiques, elle n'existe pas en tant *qu'entité morbide* essentielle. Ce sont précisément des accidents d'appendicite qui autrefois, ont été pris pour des péritonites.

Les vomissements de la grossesse, si intenses qu'ils soient, se distinguent facilement des vomissements de l'appendicite parce qu'ils sont toujours sans fièvre.

M. Kelsch, en collaboration avec M. Nimier, présente *quelques observations et quelques considérations sur les abcès dysentériques du foie*. Ce mémoire présente d'abord six observations d'hépatite consécutive à la dysenterie, hépatite survenue longtemps après la guérison de la dysenterie, six mois, deux ans et six ans peuvent séparer les deux processus morbides. Ce fait avait déjà été signalé dans la communication de M. Lucas-Championnière dans une des séances précédentes.

Mais le mémoire de MM. Kelsch et Nimier se distingue surtout par les doctrines de pathologie générale qu'ils appliquent à la pathogénie de la dysenterie et des abcès du foie. Un premier point à signaler dans ce mémoire, ce sont les relations qui unissent l'hépatite à la dysenterie. On croyait autrefois, et beaucoup de médecins partagent encore aujourd'hui cette erreur, que l'abcès du foie était engendré soit par propagation de l'inflammation de l'intestin au foie, soit par suite de métastase, de transport mécanique du pus fourni par les ulcérations intestinales. A cette erreur pathologique, nos auteurs opposent deux ordres d'arguments, c'est d'abord que les abcès du foie se distinguent par leur processus des suppurations banales. Ces abcès, comparables à ceux de la tuberculose, commencent par une tumeur solide qui se ramollit par une sorte de fonte et de nécrose analogue à la nécrose qui constitue l'ulcération dysentérique de l'intestin.

Le second argument, celui-là péremptoire, c'est que l'hépatite et l'abcès du foie peuvent bien succéder à la dysenterie, mais ils peuvent débuter simultanément avec elle et dans d'autres cas constituer le premier symptôme de la maladie.

Les deux affections, hépatite et dysenterie, n'ont donc

pas pour lien la physiologie pathologique, mais sont unies par une seule cause, la maladie, qui produit l'ulcération dans l'intestin et l'abcès dans le foie.

MM. Kelsch et Nimier n'acceptent pas que le microbe de la dysenterie soit découvert. La variété de colibacille regardée par Chantemesse, Laveran et Arnault comme le microbe pathogène de la dysenterie est un microbe banal qu'on rencontre dans toutes les maladies de l'intestin, depuis la diarrhée simple jusqu'au choléra. *C'est un microbe à tout faire* et par conséquent qui n'a rien de spécial. Quant aux *amibes* dont on a voulu faire la cause de la dysenterie, ils sont trop souvent absents dans cette maladie pour qu'il puisse jouer le rôle de pathogène.

MM. Kelsch et Nimier s'élèvent avec raison contre certains bactériologues qui n'ont pas craint, disent-ils, de porter atteinte à l'unité et à la spécificité de la dysenterie. C'est ainsi que Cartulis a cru pouvoir proclamer la pluralité d'espèces de cette maladie, pluralité basée sur les différentes espèces microbiennes rencontrées dans la dysenterie. « Nous avons démontré que quels que soient les lieux et les circonstances dans lesquels elle se développe, la dysenterie reste toujours semblable à elle-même, que ses variations d'aspect sont semblables à elles-mêmes, comme celles que présentent les fièvres palustres dans des conditions similaires, qu'enfin à défaut de la base microbienne, son unité et sa spécificité sont fondées sur la clinique, l'anatomie pathologique et l'étiologie, et qu'elles le sont aussi solidement que celles de la fièvre typhoïde ou du charbon (p. 255).

Les murs de l'Académie sont peu habitués à entendre exposer aussi nettement la doctrine de l'*essentialité des maladies* et de *l'invariabilité de l'espèce morbide qui reste*

toujours semblable à elle-même comme le disent nos auteurs.

J. P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. DES ANGIOCHOLITES ANICTÉRIQUES. — II. LA NÉPHRITE BILIAIRE. — III. MÉNINGITE TYPHOÏDE A BACILLE D'EBERTH. — IV. CURABILITÉ DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SUPPURÉE. — V. SUR UN CAS DE RAGE CARACTÉRISÉE UNIQUEMENT PAR DES SPASMES DU PHARYNX. — IV. INSTRUCTIONS CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES. — VII. TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LA LEVURE DE BIÈRE. — VIII. ORCHITE TYPHOÏDIQUE. — IX. EMPLOI DE LA LEVURE DE BIÈRE DANS QUELQUES MALADIES INFECTIEUSES ET NOTAMMENT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — X. MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

I

(*Séance du 27 avril*). — MM. GILBERT et LEREBOULLET font une communication sur deux cas d'angiocholite subaiguë sans ictère.

OBSERV. I. — P... (Jeanne), 27 ans, entre à l'hôpital Broussais le 20 mars pour des accès de fièvre intermittente presque quotidiens, persistant depuis près de cinq mois et s'accompagnant de douleurs dans la région hépatique.

Mère morte à 49 ans, après dix ans de maladie : coliques hépatiques, ictère chronique avec tuméfaction du foie.

La malade, a eu depuis son enfance, constipation avec

douleurs dans le flanc droit, et crise d'entérite muco-membraneuse.

En février 1899, ictère catarrhal durant trois mois avec hypertrophie légère du foie.

En août 1899, légères crises faisant penser à des coliques hépatiques, et faisant envoyer la malade à Vichy. Après huit jours de cure, départ pour la campagne et là, crise de douleurs hépatiques avec vomissements et subictère pendant une huitaine de jours.

En novembre 1899, apparition d'une fièvre intermittente quotidienne paraissant une fièvre hépatique avec frissons, chaleur et sueurs. Le foie est gros et douloureux. Sous l'influence du sulfate de quinine administré en janvier 1900, quelques jours d'apyrexie ; reprise légère de fièvre qui cède au même traitement.

Etat relativement satisfaisant jusqu'à la fin de février ; à ce moment le Dr Tisserand, qui la soigne, constate de l'albumine dans les urines (11 grammes environ au tube d'Esbach).

Le 4 mars, les accès de fièvre reparaissent et semblent résister au sulfate de quinine ; la malade maigrit et s'affaiblit.

La malade entre à l'hôpital ; le foie est un peu hypertrophié, ainsi que la rate ; les urines contiennent toujours beaucoup d'albumine ; elles contiennent des traces à peine appréciables de pigments biliaires.

Le 28, M. Michaux pratique la laparotomie : foie gros, congestif, régulier de forme ; la vésicule est petite et renferme deux petits calculs, du volume d'un gros pois ; la situation profonde de la vésicule ne permet pas de l'aboucher avec la peau ; drainage. On trouve le rein droit notablement hypertrophié.

Sous l'influence de l'opération et de la fistule biliaire, qui a laissé écouler un peu de boue biliaire et deux petits calculs, il y a une amélioration véritable ; le foie et la rate ont diminué de volume, les urines contiennent très peu d'albumine et l'état général de la malade paraît bien meilleur.

L'OBSERVATION II, a rapport à un enfant de 6 ans qui, après un ictère catarrhal léger, a eu, l'ictère étant complètement disparu, une angiocholite légère, caractérisée par l'hypertrophie du foie et un mouvement fébrile à accès du matin.

Ce qu'il y a surtout à retenir de ces deux observations c'est qu'il peut exister des cas d'angiocholite subaiguë sans ictère.

II

MM. GILBERT et LEREBOULLET, à propos de leur première observation, insistent sur la possibilité d'une *néphrite biliaire*, néphrite venant compliquer les angiocholites et caractérisée par une hypertrophie du rein, une quantité assez considérable d'albumine et de la bouffissure de la face.

La néphrite a été, dans le cas qu'ils ont observé, très améliorée à la suite de l'opération faite au niveau du foie.

III

M. FERNET, qui a présenté en 1891 à la Société le premier cas de méningite à bacille d'Eberth, vient d'en observer un autre :

Une jeune fille de 18 ans, entrée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde le 16 mars dernier, présenta le 23 mars une augmentation de fièvre, avec céphalée violente,

délire et raideur de la nuque ; le lendemain, pouls très fréquent (156), strabisme léger, respiration suspirieuse ; le signé de Kernig manque.

Les symptômes vont en augmentant et la malade meurt le lendemain.

A l'autopsie, l'intestin montre qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde ; les méninges sont congestionée, léger épanchement à la base ; on en prélève avec une pipette stérilissé quelques gouttes.

Les recherches bactériologiques montrèrent une grande quantité de bacilles d'Eberth.

IV

(*Séance du 11 mai.*) — M. Netter possède actuellement sept observations de méningite cérébro-spinale suppurée suivies de guérison chez les enfants.

La ponction lombaire a donné chez ces sept malades un liquide trouble avec dépot purulent. Le diplococcus meningitidis de Weichselbaum se rencontrait dans tous les cas.

Les symptômes prédominants chez les petits malades furent la raideur de la nuque et les paralysies oculaires. Plusieurs d'entre eux présentèrent, en outre, diverses éruptions : pétéchies, érythème, herpès, etc. La durée de la maladie a été variable : si certains enfants ont guéri rapidement. c'est-à-dire au bout d'une quinzaine de jours, d'autres sont restés malades de deux à trois mois.

La guérison doit être attribuée, pour M. Netter, à l'emploi systématique des bains chauds (de 38 à 40°) renouvelés nuit et jour toutes les trois ou quatre heures ; la durée de chaque bain était de vingt à trente minutes. Cette méthode est applicable aussi bien aux méningites

séreuses qu'aux méningites suppurées. Il accorde également une grande importance, au point de vue du traitement, à la ponction lombaire, qu'il renouvelle plusieurs fois au cours de la maladie. Le liquide retiré à la deuxième et à la troisième ponction renferme habituellement beaucoup moins de microbes que celui que fournit la première, et son ensemencement reste souvent stérile.

Pour compléter l'action des bains et des ponctions, il s'efforce de soutenir et de relever les forces du malade, et, s'il s'alimente mal, il pratique des injections sous-cutanées de sérum.

Il est difficile d'apprécier actuellement la valeur exacte de ce traitement. Il dit seulement qu'il l'a employé en tout 11 fois, avec 7 guérisons et 4 morts. La proportion des succès est donc de 63 °/₀.

Cela donne une statistique assez favorable.

M. Rendu fait remarquer qu'il existe des cas foudroyants et apyrétiques de méningite cérébro-spinale qui échapperont toujours à tous les efforts thérapeutiques. Tout récemment, on apportait dans son service un malade qui venait d'être pris en pleine santé, après son déjeuner, de phénomènes délirants et de convulsions épileptiformes. Quelques heures plus tard, ce malade tombait dans le coma, et le soir même, il succombait, sans que sa température eût jamais dépassé 37°. A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spinale suppurée.

M. Netter dit qu'il est bien certain que la méningite cérébro-spinale peut évoluer sans fièvre ; la ponction lombaire doit être pratiquée, même en l'absence de toute élévation de température, quand on a de bonnes raisons de supposer l'existence de cette affection.

V

M. Ménétrier rapporte un cas de rage authentique ayant causé la mort; l'émulsion du bulbe de cette femme inoculée à des lapins a reproduit la rage.

Cette femme, âgé de 46 ans, mordue à la joue, ne fut pas cautérisée; elle commença le traitement pasteurien sept jours après la morsure. Environ quarante-trois jours après la morsure et quinze jours après la fin du traitement pasteurien, mal de tête avec certaine difficulté à avaler. Lorsqu'elle entra dans le service du Dr Ménétrier huit jours après, le 2 décembre, elle était dans un état d'agitation extrême et ne pouvait avaler une seule goutte de liquide. L'examen des urines décela la présence d'une grande quantité d'albumine; la température était de 39°. En dehors de ces phénomènes, aucun trouble ne put être constaté, soit du côté des viscères, soit du côté du système nerveux. Dans la nuit qui suivit son entrée, la malade continua à présenter des spasmes du pharynx; elle mourut subitement le lendemain matin, probablement dans une syncope.

VI

(*Séance du 18 mai*). — M. Renault vient lire à la Société des instructions contre les maladies vénériennes (blennorrhagie et syphilis), instructions qu'il fait remettre aux malades pour leur montrer toutes les conséquences possibles de leurs maladies et les engager par conséquent à se soigner jusqu'à une guérison complète.

VII

M. Pierre Marie, depuis près d'un an, fait usage, dans le traitement de la *pneumonie*, d'un agent thérapeutique

auquel il croit pouvoir attribuer une action favorable puisque, sur huit cas, dont plusieurs très graves, il n'a eu aucun décès.

Cet agent est la *levure de bière* qu'il a employée de la même façon et aux mêmes doses que notre distingué collègue, M. Brocq, nous a enseignées contre la furonculose.

Il doit avouer que ce n'est pas une idée théorique préconçue qui l'a conduit à faire usage de la levure de bière contre la pneumonie; le hasard seul l'a guidé. Au mois de juin 1889, il voyait en consultation avec M. le Dr Le Goff un homme de soixante-huit ans atteint d'une pneumonie grave et tourmenté en outre par une abondante éruption de furonculose très douloureuse. Contre cette dernière il conseilla l'emploi de la levure de bière. Le malade guérit assez rapidement malgré la gravité du pronostic. Il fut très frappé de ce fait et se demanda s'il ne fallait pas attribuer, pour une part, ce succès à la médication spéciale prescrite à ce malade. — Depuis lors il a donné la levure de bière à sept autres pneumoniques ; chez tous la terminaison a été favorable, qu'il s'agît de pneumonies franches ou de broncho-pneumonies.

Il va sans dire qu'un nombre de huit cas est insuffisant pour juger la valeur d'une médication s'adressant à une maladie dans laquelle le taux de la mortalité n'atteint pas 10 p. 100 ; aussi n'a-t-il pas la prétention de procéder ici par affirmation, mais il a été très frappé de cette coïncidence que, pour quatre de ces cas, malgré un pronostic grave, la guérison est survenue, et il lui a paru utile de soumettre ces faits au contrôle de ses collègues de la Société des hôpitaux.

Il nous semble que la mortalité de la pneumonie dans

les épidémies que nous avons pu voir ces dernières années a sensiblement dépassé 10 p. 100. Les résultats de M. Marie sont donc encourageants.

VIII

(*Séance du 25 mai*). — MM. Launois et Loeper lisent une observation d'*orchite typhoïdique*, qui présente quelque intérêt.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, ayant eu une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, guérie le 26e jour. Pendant le cours de sa maladie, l'agglutination et la diazo-réaction avaient été caractéristiques ; la diazo-réaction avait disparu le 23e jour. L'examen du sang avait montré l'abaissement du taux leucocytaire et la diminution des polynucléaires. Les éosinophiles avaient reparu dans le sang le troisième jour de la convalescence.

Le malade paraissait tout à fait guéri, lorsque le trente-huitième jour, après le début, la fièvre reparut brusquement, causée par l'apparition d'une orchite gauche.

Voici quelques particularités intéressantes : une ponction de la vaginale donna quelques gouttes d'un liquide séreux qui agglutinait les cultures de bacille d'Eberth, son ensemencement en bouillon et sur gélose demeura stérile.

La diazo-réaction reparut et persista pendant huit jours.

Une ponction du testicule donna quelques gouttes de sang qui, ensemencées sur gélose et dans le bouillon, donna une culture pure et très abondante de bacille d'Eberth.

L'orchite traîna assez longtemps et se termina après avoir suppuré (abcès, fistule, élimination d'une portion du parenchyme testiculaire). Le pus de l'abcès, aspiré

dans une pipette, fut ensemencé sur gélose et dans le bouillon ; au bout de vingt-quatre heures belles colonies de bacille d'Eberth.

IX

M. Faisans a employé la levure de bière dans 4 cas de pneumonies d'intensités diverses ; ils ont tous guéris, mais sans que la marche de la maladie ait été modifiée.

M. Faisans s'est servi de la levure de bière dans plusieurs cas de grippe et dans quelques cas de fièvre typhoïde.

Le premier des malades atteints de fièvre typhoïde était un homme d'une trentaine d'années, qui était au douzième jour d'une fièvre typhoïde des plus graves. La température était supérieure à 40°5 le matin, atteignait 41 degrés le soir, et présentait cette particularité — d'une signification toujours très mauvaise — que les bains à 18 degrés ne l'abaissaient pas de plus de deux dixièmes et souvent ne la modifiaient pas du tout. Avec cela, la langue était rôtie, le ventre très ballonné, la diarrhée abondante et très fétide. Il existait un état ataxo-adynamique très prononcé, un délire violent alternant avec un mutisme obstiné, de la surdité bilatérale (il se produisit quelques jours après un écoulement purulent par les deux oreilles).

C'est dans ces conditions que fut administrée la levure de bière, à la dose de trois cuillerées à café le premier jour, quatre les jours suivants. Le changement constaté dans tous les symptômes fut vraiment extraordinaire : le lendemain matin, la température était pour la première fois à 39 degrés et elle ne dépassa plus 39°5 ; à partir de ce moment, cette température se laissa influencer par les bains que M. Faisans n'avait pas osé supprimer et qui

donnèrent des abaissements de 1 degré ou 1°5. L'état nerveux, tout en restant sérieux pendant plusieurs jours, se modifia cependant de la manière la plus heureuse; enfin la langue devint humide et la diarrhée se réduisit à un très petit nombre de garde-robes peu fétides.

La maladie continua pourtant à évoluer et atteignit une durée totale de quarante à quarante-cinq jours (il n'a pas l'observation sous les yeux en rédigeant cette note); mais elle évolua régulièrement et à la façon d'une dothiénentérie de moyenne intensité, alors que le pronostic, la veille du début du traitement, pouvait passer pour désespéré.

M. Faisans a soigné de même une dizaine d'autres typhiques sans retrouver cette action si favorable; deux malades même moururent; malgré cela, il a la conviction que la levure de bière peut rendre de réels services : chez tous les malades soumis à cette médication, la langue redevenait relativement humide et propre, la diarrhée diminuait ou disparaissait et, chez plusieurs d'entre eux, il n'y avait que la garde-robe provoquée par un lavement quotidien. Lorsqu'on suspendait la levure de bière, les troubles digestifs reparaissaient.

X

M. Netter communique une observation de *méningite cérébro-spinale prolongée*, qui lui a été envoyée par M. Billet; ce cas s'est montré dans la population militaire de Constantine et n'a pas duré moins de soixante jours; il s'est terminé par la mort.

A propos du signe de Kernig, M. Netter revient sur sa fréquence. Il a observé 79 méningites en 1899 et en 1900; voici comment il les divise :

A. Méningites cérébro-spinales primitives (épidémiques), dans lesquelles le diagnostic a été confirmé par la ponction lombaire. 26 cas;

B. Méningites cérébro-spinales primitives, dans lesquelles la ponction n'a pu être faite, 4 cas;

C. Méningites secondaires à une otite, une pneumonie, une suppuration et dans lesquelles la ponction lombaire a été faite, 9 cas;

D. Méningites tuberculeuses, 40 cas.

Sur ces 79 observations, le signe de Kernig a été vu 60 fois, soit 83,5 p. 100.

Il existait 28 fois sur 30, soit 93,3 p. 100 dans les méningites primitives; 9 fois sur 9, soit 100 p. 100 dans les méningites secondaires. Dans les méningites tuberculeuses, M. Netter l'a trouvé 29 fois sur 40, soit 72,5 p. 100.

Le signe de Kernig est donc à peu près constant dans les méningites primitives ou secondaires. Les exceptions sont plus nombreuses dans la méningite tuberculeuse, mais on y trouve encore le signe dans près de trois quarts des cas.

L'épidémie de méningite cérébro-spinale n'est pas limitée à Paris; on en signale des cas à Lille, à Dreux, à Poitiers, à Angers, à Arras, à Marseille et à Constantine.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc

L'emploi du chlorure de zinc pour guérir l'hydrocèle vaginale, préconisé tout d'abord par Dimmreicher (de Vienne), a été défendu en France par Polaillon, à tel point

que ce mode de traitement est souvent désigné sous le nom de méthode de Polaillon. M. Blanc, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, est aussi un partisan de cette pratique, qu'il préfère à l'injection iodée.

Le manuel opératoire est d'une simplicité extrême; le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz.

On commence par retirer quelques grammes de liquide, surtout si la tumeur est très tendue. Il ne faut pas, du reste, s'abstenir de cette soustraction; en effet, la solution de chlorure de zinc — la tension du liquide de l'hydrocèle étant diminuée — se mêle mieux à ce liquide, et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de l'hydrocèle, un quart à une seringue de Pravaz de la solution de chlorure de zinc au dixième. L'injection ne doit pas être poussée brusquement, mais très lentement, goutte par goutte, en faisant varier l'aiguille, en la dirigeant dans tous les sens, pour favoriser le mélange de la solution injectée au liquide de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement la vaginale et on continue un peu ces malaxations après l'injection.

Cette opération n'est guère plus douloureuse qu'une injection de morphine, au moment où on la fait du moins. Nul besoin d'injection cocaïnée préalable; on n'a à craindre ni syncope, ni convulsions. On n'a pas à craindre non plus de piqûre du testicule, encore moins d'hématocèle traumatique; enfin, on ne risque pas la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites sont variables. Ordinairement, la réaction est peu prononcée et le séjour au lit inutile. Cependant, il est plus sage de faire garder le lit au malade le jour de

l'opération et le lendemain. En général, peu après l'injection, le patient ressent quelques douleurs, pas très vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, irradiant le long du cordon vers l'abdomen. Il peut y avoir un peu de rougeur du scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd. Puis, tous ces phénomènes s'atténuent rapidement, dans la journée ou dès le lendemain, et le volume de la tumeur commence à diminuer; en une dizaine de jours, le plus souvent, la guérison est à peu près complète, Cependant, les suites ne sont pas toujours aussi simples; on connaît trois cas de péritonisme; mais qui se sont rapidement jugés. (*Loire méd.* et *Gazette des hôpitaux* 10 mars).

Oreillons a début testiculaire.

A Richmond, où les oreillons étaient à l'état endémique, M. Edwards a pu observer quatre cas dans lesquels le début s'est fait par l'orchite. Il s'agissait de trois étudiants en médecine indemnes de toute affection locale, et d'un jeune homme qui habitait avec l'un de ces étudiants. Les symptômes furent identiques chez ces quatre sujets.

Le début fut marqué par de la fièvre, des frissons, de la céphalée, des nausées. L'orchite survint presque aussitôt, en moins de vingt-quatre heures dans l'un des cas. La fluxion parotidienne apparut de trois à quatre jours après le début de l'orchite; cependant, le gonflement testiculaire continuait à s'accroître, sans modification appréciable de l'épididyme. Vers le sixième jour, les symptômes généraux commencèrent à s'amender et leur disparition fut complète du huitième au neuvième jour. L'orchite disparut ensuite progressivement.

Il faut ajouter que ces faits furent observés au cours d'une épidémie dans laquelle la maladie présenta d'ailleurs son type normal. L'auteur n'a pas, dans cette circonstance, observé un seul cas où l'orchite ait constitué le seul signe de la maladie, la parotidite faisant défaut — on sait, en effet, que de pareils cas ont été décrits en France, notamment par les médecins militaires. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 14 oct. 1899 et *Gazette des hôpitaux*, mars).

La glycérine, dans le traitement des concrétions rénales d'acide urique.

M. Hermann (de Carlsbad) a obtenu des résultats favorables dans la néphrolithiase en administrant la glycérine par la voie buccale. La glycérine, d'après lui, est un dissolvant de l'acide urique et a d'autre part l'avantage de s'éliminer par le rein. Mais en outre il pense que la glycérine entraîne un changement dans l'état physique de l'urine, en modifiant son poids spécifique, ce qui amènerait la mobilisation du calcul. La glycérine administrée contre la lithiase rénale est donnée à la dose de 1 à 4 onces dissoute dans une égale quantité d'eau et prise en une seule fois, entre les repas. Cette dose est répétée deux ou trois fois en l'espace de plusieurs jours. M. Hermann a employé cette méthode dans 115 cas de néphrolithiase, et dans 60 p. 100 des cas il y a eu une amélioration de la maladie et diminution des douleurs. La présence de l'albuminurie ne contre-indique pas l'emploi de la glycérine. La glycérine donnée, pour commencer, à dose faible est bien supportée ; les seuls ennuis observés ont été dans 12 cas de la céphalée, dans 3 cas de la diarrhée. (*Brit. med. Journ.*, 17 fév. 1900, et *Gazette des hôpitaux*.)

GUÉRISON D'UN CARCINOME CUTANÉ PAR LA FORMALINE.

Le Dr Ravogli a présenté à l'Académie de médecine de Cincinnati une femme qui était affectée depuis trois années et demi d'un carcinome cutané.

La tumeur maligne s'était développée sur la base d'un nœvus congénital, à la surface de la joue gauche. Elle était constituée par une masse indurée, creusée en son centre d'une ulcération cratériforme, de teinte louche, facilement saignante. M. Ravogli eut d'abord recours aux caustiques communément usités, mais sans aucun résultat. Il fit ensuite, deux fois par semaine, des applications d'une solution de formaline à 4, puis à 8 p. 100 et finalement à 40 p. 100. Ces applications étaient passablement douloureuses. Il en résulta rapidement une mortification du tissu malade avec élimination des parties nécrosées et apparition de granulations saines. Finalement il ne subsistait plus, en fait de traces de la tumeur, qu'une cicatrice de bon aspect. L'examen microscopique des masses éliminées a fourni la vérification du diagnostic. (*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 17 août 1899.)

TRAITEMENT DU MAL DE POTT ET REDRESSEMENT LENT ET PROGRESSIF DE LA GIBBOSITÉ, PAR LE DÉCUBITUS ABDOMINAL PROLONGÉ (1) par M. Pierre BOUQUET (de Roissy-en-Brie).

Jusqu'alors le traitement classique du mal de Pott dorsal ou lombaire, compliqué d'abcès par congestion, a consisté

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie par M. Kirmisson, le 14 mars 1900.

dans l'immobilisation des malades sur le dos au moyen d'appareils variés. Dans un cas que j'ai observé, le décubitus dorsal étant impossible par suite d'une douleur très vive au niveau de la gibbosité et des fesses, j'eus l'idée de mettre le malade sur le ventre. De ce fait, les douleurs cessèrent et l'affection pottique s'améliora à un tel point, qu'après un séjour de quatre mois dans cette position, la gibbosité avait presque disparu, et l'enfant, auparavant bossu, était complètement redressé.

C'est ce résultat inattendu qui m'a engagé à publier cette observation.

Il s'agit d'un enfant de douze ans, qui à l'âge de six ans eut un mal de Pott lombaire, avec abcès par congestion dans la fosse iliaque droite. Cet abcès fut soigné à l'hôpital des Enfants-Assistés et laissa une fistule permanente. Malgré cela, l'enfant allait et venait, mais il était très courbé et présentait un état général mauvais. Il est resté ainsi jusqu'au mois d'avril dernier, époque à laquelle il survint deux gros abcès de chaque côté de la colonne vertébrale et un troisième au niveau du sacrum. Je traitai ces abcès par ponction et injection d'éther iodoformé, et le malade, qui éprouvait de très vives douleurs en étant sur le dos, fut mis sur le ventre. En même temps, je fis de l'extension continue au moyen de bandelettes de diachylon appliquées sur les jambes et reliées à un poids ; la contre-extension étant obtenue par deux lanières fixées aux barreaux de la tête du lit et venant s'attacher au niveau des pectoraux à un petit corset. De plus une sangle de dix centimètres de large environ passait en travers du lit au-dessus de la gibbosité et la comprimait modérément.

A partir du jour où le malade fut dans cette position, les douleurs disparurent, les abcès se cicatrisèrent peu à peu et la fistule de la fosse iliaque se ferma complètement. Ajoutons que l'enfant a très bien supporté cette position ; il dormait parfaitement, et pouvait manger, lire et écrire sans difficulté sur une petite table placée à la tête de son lit. Après quatre mois de ce traitement il fut levé; le corps était complètement droit; et la gibbosité autrefois saillante avait pris une forme aplatie. Depuis lors, c'est-à-dire depuis sept mois, cet état s'est maintenu, l'enfant a augmenté de 4 kilogs : il court comme ses camarades et se tient très droit.

J'estime que la position couchée sur le ventre a été dans ce cas très favorable et que le redressement de la gibbosité s'est opéré par la pression atmosphérique d'une part et, de l'autre, par l'action constante des muscles du cou et du dos tendant à porter la tête et le tronc en arrière. En effet, dans cette position, l'enfant faisait à chaque instant des efforts pour relever la tête et les épaules, et courbait ainsi la colonne vertébrale dans le sens contraire à la gibbosité. (*Gazette des hôpitaux* 2 *avril*).

LA CURE MERCURIELLE DES TUBERCULOSES LOCALES

Il est intéressant de signaler que, tout dernièrement encore, un confrère italien, M. le docteur T. Silvestri (de Nonantola), a obtenu par la médication mercurielle des résultats encourageants dans diverses formes de tuberculose. Les observations de M. Silvestri comprennent un cas de tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou, une scrofulose à manifestations multiples, un mal de Pott,

trois cas de tumeur blanche du genou, une coxalgie, une ostéite tuberculeuse du sternum et un cas de lésions pulmonaires avec bacilles de la tuberculose dans les crachats, accompagnées d'ascite et d'hydropéricarde.

Chez ces malades, notre confrère a administré le sublimé soit en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 005 milligr., soit par la bouche, à des doses variant de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 02 centigr., suivant l'âge du patient. Parfois, il prescrivait aussi quelques frictions mercurielles.

Dans tous les cas traités de la sorte, M. Silvestri aurait obtenu une amélioration considérable, le plus souvent même une guérison pour le moins apparente. (*Semaine médicale, 4 avril*).

SUR L'ABSORPTION DES IODURES PAR LA PEAU HUMAINE

M. Gallard. — Des recherches antérieures m'ont prouvé que la peau d'animaux vivants, tels que le lapin, se laisse pénétrer par l'iodure en dissolution dans l'eau. J'ai voulu démontrer aussi cette absorption pour la peau humaine.

Pendant une période de vingt jours, j'ai plongé, trente minute chaque jour, mes bras et mes avant-bras dans une cuve contenant 8 litres d'une solution d'iodure de sodium à 5 0/0. Le dosage de l'iode contenu dans mes urines m'a permis de constater que la quantité de ce corps que j'éliminais augmentait rapidement, et que, de 0 gr. 066 le premier jour, elle atteignait 3 gr. 863 après le vingtième bain. L'élimination s'est prolongée pendant soixante-douze heures après la dernière immersion.

On peut conclure de ces recherches que la peau humaine

permet l'absorption de doses relativement considérables d'iodure (*Semaine médicale*, 4 *avril*).

UN CAS D'EMPOISONNEMENT SUBAIGU MORTEL PAR LE SULFONAL.

Une malade avait pris pendant un mois environ 1 gr. 50 de sulfonal par jour. Le jour qui suivit la suspension du médicament survinrent des vomissements incoercibles, de la parésie des extrémités et des muscles du pharynx et du palais. Seulement au bout de huit jours apparut l'hématoporphyrinurie. A l'autopsie, il y avait néphrite toxique bilatérale, cystite, dégénérescence du myocarde. L'auteur, se basant sur la fréquence des cas de mort par le sulfonal (18 jusqu'en 1894), conseille de ne le prescrire que quelques jours et de suspendre plus de quatre ou cinq jours, comme on l'a conseillé. Dans les neuf dixièmes de ces cas mortels, les malades étaient des femmes.

On pourrait essayer dans cette intoxication la transfusion ou l'injection de sérum artificiel, le camphre, car le danger est dans la défaillance du cœur. On devra enfin exciter la diurèse. (WIEN, *Berl. Klin. Woch.*, 1898, n° 39).

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

VISCUM ALBUM

Par le D[r] Rob Stager (de Berne).

Extraits d'une étude très complète, rédigée sur le plan adopté pour le grand traité allemand de thérapeutique en cours de publication.

Considérations physiologiques. — *Viscum album* est surtout un médicament du système nerveux, qui agit sur le système nerveux central (vertiges, accès épileptiformes, éclampsie puerpérale, convulsions, chorée, contractures hystériques), comme aussi sur le système nerveux ganglionnaire (crampe d'estomac, hémorrhagie de la sphère génitale, inertie utérine, hémorrhoïdes saignantes, constipation, troubles du cœur et palpitations).

Parmi les symptômes de l'ensemble cérébro-spinal on note d'abord l'excitation, bien nettement accentuée dans le cas d'empoisonnement décrit par Dixon ; puis une période de dépression, de mélancolie, découragement. Les nerfs sensibles ne présentent que de l'excitation dans toutes les régions du corps, ce qui démontre l'utilité du médicament dans la goutte nerveuse, les névralgies (et la sciatique en particulier).

Les organes des sens, l'œil surtout, présente des signes d'irritation, photophobie, douleurs pongitives ; l'oreille perçoit des bruits anormaux, diminue d'acuité.

La sphère motrice donne aussi des phénomènes d'irri-

tation analogues à la danse de Saint-Guy, agitation des membres, agitation au lit.

Le Dr Payne, de Philadelphie, a noté le ralentissement des battements du cœur, par excitation des nerfs modérateurs vaso-moteurs, chez les animaux à sang froid. Chez les animaux à sang chaux, au contraire, le médicament excite les ganglions et leur renforcement par l'excitation des ganglions du cœur et paralyse les filets du nerf vague. L'excitation du sympathique due à Viscum rétrécit la pupille ; la paralysie spinale et périphérique due à Viscum amène aussi le même rétrécissement, par la contraction des vaisseaux.

Viscum fait encore naître des frissons, des chaleurs et d'autres symptômes de fièvre pour lesquels le système nerveux du sympathique joue un rôle actif. La respiration des expérimentateurs est stertoreuse, la glotte entre en spasme, et un accès caractéristique d'asthme se développe.

La tête devient le siège de congestions, la peau est rouge, avec des bouffées de chaleur, des accès de vertiges et de céphalée, perte de connaissance, symptômes d'épilepsie. — L'estomac agit par une faim violente ou de l'anorexie, des vomissements muqueux et une sensation de pression. — L'intestin présente souvent de l'atonie, de la constipation.

Les règles avancent, augmentées ou diminuées de quantité ; la région de l'ovaire est affectée particulièrement.

Comparaison avec d'autres médicaments.

Cicuta virosa : beaucoup moins toxique que le Gui, mais comme lui provoque le vertige, les douleurs dans

es muscles et la faiblesse. En raison de sa toxicité plus grande, Cicuta sera plutôt employé dans les douleurs vives.

Zincum : a surtout la céphalalgie à la racine du nez, et des symptômes plutôt chroniques. Les symptômes du côté des nerfs cutanés sont dus à des altérations organiques de la peau, et ne peuvent être confondus avec ceux de Viscum, qui ne sont que des sensations sans trace anatomique.

Valériane présente, comme Viscum, les douleurs des membres, et l'agitation dans le sommeil, mais Viscum produit ces symptômes par suite d'une irritation du système nerveux central, ou des nerfs périphériques.

Secale cornutum, plus qu'aucun autre médicament, est analogue au Gui, comme médicament nervin. Tous les deux, par l'action sur le sympathique, contractent l'utérus, chez les femmes enceintes surtout. Tous deux aident l'expulsion du placenta (Sécale dans l'avortement, Viscum dans l'accouchement à terme). Tous deux provoquent des contorsions des membres, des contractures musculaires : mais à Sécale correspond un épiderme rude et sec, à Viscum uni et lisse. Sécale a des fourmillements sur tout le corps, Viscum surtout aux extrémités.

Belladonna a des mouvements choréiformes, mais le malade enfonce sa tête dans l'oreiller.

Tarantula frotte seulement sa tête sur l'oreiller.

Cuprum a l'asthme, avec la face bleuâtre ; l'asthme de Viscum est purement nerveux.

Digitalis peut, dans les maladies du cœur, être pris au même titre que Viscum.

(Extr. du *Zeitschrift der Berliner Vereines homœop. Aerzt.* Avril 1900.) D[r] PICARD.

VARIÉTÉS

Congrès International d'homœopathie.

Le Congrès international d'homœopathie de l'Exposition universelle de Paris se tiendra au Palais des Congrès (près du pont de l'Alma). Il commencera le 18 juillet pour se terminer le 21 au soir ; il y aura deux séances par jour : une de dix heures du matin à midi, la seconde de quatre heures à six heures du soir, sauf deux matins, qui seront réservés, l'un à la visite des hôpitaux homœopathiques de Paris, l'autre à l'inauguration du monument élevé sur le tombeau de Hahnemann au Père-Lachaise.

Ce Congrès, qui coïncidera avec un des Congrès quinquennaux homœopathiques, réunira certainement un grand nombre de confrères étrangers ; nous ne saurions trop engager les médecins homœopathes français, aussi bien ceux de province que nos confrères parisiens, à venir très nombreux à ce Congrès.

Beaucoup de mémoires français et étrangers nous sont parvenus et nous sommes certains qu'ils seront le point de départ de discussions très intéressantes.

C'est le Dr Léon Simon, 24, place Vendôme, secrétaire général du Congrès, qui reçoit les adhésions, et qui remettra aux congressistes les cartes leur donnant l'entrée gratuite à l'Exposition pendant la durée du Congrès.

Dr Marc Jousset.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE
HYGIÈNE

NOSOGRAPHIE
ÉTIOLOGIE
SÉMÉIOTIQUE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-SIXIÈME ANNÉE
TOME XCI

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
24, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 24

—

1900

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1900

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOMŒOPATHIE

DE L'EXPOSITION DE 1900

Le congrès international de 1900 était un des congrès officiels de l'exposition universelle ; il coïncidait avec les congrès homœopathiques quinquennaux, qui ont été inaugurés par nos confrères américains et dont le D[r] R. Hughes est le secrétaire général perpétuel.

Nos confrères étrangers adhérents et assistants ont été très nombreux et nous signalerons les D[rs] Dudgeon, Hughes, Clarke parmi les Anglais, les D[rs] Mac Clelland, Dills parmi les Américains ; les Russes étaient représentés par les D[rs] de Brasol et von Dittmann, les Italiens par les D[rs] Bonino, Baldelli et Fagiani, les Belges par les D[rs] Mersch, Lambregt fils et van den Heuvel, l'Allemagne par le D[r] Gisevius, la Suisse par le D[r] Nobell, le Canada par le D[r] Fisher, l'Espagne par le D[r] Olive y Gros et Giro-Saball.

Les mémoires ont été très nombreux et ont donné lieu à des discussions intéressantes. Nous reproduirons un certain nombre de ces mémoires.

Le Congrès à coïncidé avec l'inauguration du nouveau tombeau de Hahnemann au Père-Lachaise ; nous rendrons compte de cette cérémonie dans notre prochain numéro.

Le congrès s'est terminé par un banquet où la plus franche cordialité a régné entre les homœopathes de tous les pays.

M. J.

DE LA DOCTRINE EN THERAPEUTIQUE

J'appelle doctrine un ensemble de connaissances engendrées, gouvernées et hiérarchisées par un principe général. C'est ce principe général qui constitue le caractère et l'unité de la doctrine ; car toute doctrine complète, qu'elle soit vraie ou fausse, constitue une unité. Ainsi, la doctrine d'Hippocrate, comme la doctrine de Broussais, constituent chacunes un enseignement un, découlant logiquement de principes généraux. J'ajoute que c'est parce que ces doctrines sont douées d'unité qu'elles peuvent constituer et constituent effectivement des *écoles*.

Quand nous affirmons qu'il existe une thérapeuthique, nous affirmons par cela même que l'ensemble des connaissances qui constituent la thérapeutique est engendré, gouverné, hiérarchisé par un principe général, et que c'est ce principe qui caractérise et constitue l'unité doctrinale et justifie l'existence de la doctrine thérapeutique que nous défendons.

Le principe général sur lequel repose la thérapeuthique que nous défendons est emprunté à l'étiologie. Voici sa formule : *C'est l'organisme qui fait sa maladie.* Ce principe a un complément : *C'est l'organisme qui guérit sa maladie* (*natura medicatrix*). Van Helmont a exprimé la même idée dans la phrase suivante : « La maladie naît d'une disposition à être malade, et la guérison, d'une disposition à être guéri. »

Les deux principes que nous donnons pour base de la thérapeutique ont été contestés. Aussi, avant d'aller plus loin, nous devons en démontrer la vérité absolue.

I. C'EST L'ORGANISME QUI FAIT SA MALADIE. — Ce principe est contesté par tous les médecins qui, depuis Galien jusqu'à nos jours, soutiennent que toutes les maladies sont *cause externe*.

Nous avons démontré dans nos conférences et, en dernier lieu, dans nos *Eléments de pathologie générale* qu'aucune cause externe, sans en excepter même le microbe pathogène, n'avait la puissance d'engendrer une maladie. Notre démonstration s'appuie sur deux faits cliniques indiscutables : l'*immunité* et les *formes* que revêtent les maladies chez les différents individus. Soit une agglomération de population, un bourg par exemple, envahi par une épidémie de choléra ou de fièvre typhoïde. Tous respirent le même air, tous boivent la même eau et par conséquent les mêmes bacilles. Et cependant, un grand nombre reste complètement indemne. Et parmi les malades, les uns présentent une forme maligne, les autres une forme commune, les autres une forme bénigne. En serait-il ainsi dans l'hypothèse où le microbe d'Eberth et le microbe virgule auraient la puissance d'engendrer la fièvre typhoïde ou le choléra ? On est contraint d'admettre entre l'application du microbe pathogène et la maladie, un facteur qui permet ou empêche l'action du microbe et qui la permet d'une manière déterminée. Ce facteur n'est autre que l'organisme. Cet organisme varie nécessairement chez chaque individu : chez les uns il présente un *état défini* qui empêche l'action du microbe ; ce sont les immunisés ; chez les autres il permet le développement de la maladie, mais suivant des formes déterminées.

Comme toute doctrine doit avoir sa formule, nous l'appelons la doctrine étiologique de la *prédisposition définie*.

Je remarque expressément que cette doctrine ne tranche pas le problème de la *spontanéité* morbide.

La spontanéité morbide prise dans un sens absolu signifie que l'organisme peut créer une maladie de toute pièce. Telle n'est pas notre pensée. Nous enseignons que dans les maladies infectueuses, en particulier, trois éléments concourent au développement de la maladie : la prédisposition définie, le microbe ou le virus et la cause banale. Des exemples feront saisir la hiérarchie et le mécanisme de ces trois ordres de causes.

Prenons pour exemple la tuberculose. Pour que cette maladie se développe, il faut trois causes : la prédisposition, le bacille et les causes banales.

Sans la prédisposition, la bacille est incapable de produire la tuberculose dans un organisme. Je ne prendrai pas les éléments de ma démonstration dans l'espèce humaine où l'expérimentation est interdite, mais dans les espèces animales où nous pouvons instituer des expériences absolument démonstratives. Soit une culture de tuberculose dont vous inoculez une quantité proportionnelle au poids de l'animal dans le tissu cellulaire du cobaye, du lapin et de la chèvre. Tous les cobayes deviendront tuberculeux ; un certain nombre de lapins échapperont à l'action de la tuberculose et la plupart des chèvres résisteront absolument à cette contagion. Si le bacille de Koch avait la propriété de produire par ses seules forces la tuberculose, les faits seraient tout autres et une dose proportionnée au poids de l'animal. de la même culture, devrait produire la maladie chez tous les animaux inoculés. Le bacille pathogène est donc obligé de compter avec la disposition de l'organisme, variable avec les espèces animales et variable avec les individus de la même espèce.

Mais la disposition de l'organisme et le bacille pathogène ne suffisent pas toujours pour produire la maladie. Il faut encore le concours des causes banales. Voici un homme, fils de phtisique, porteur de ganglions lymphatiques plus ou moins engorgés, ganglions inoculables aux cobayes, contenant par conséquent le bacille de Koch. Cependant, cet homme a toutes les apparences de la santé, et il ne manque pas de sujets ayant à la fois la prédisposition et le bacille qui peuvent parcourir une longue carrière et mourir de tout autre chose que de tuberculose. Mais que cet homme ainsi préparé subisse une cause déprimante banale, l'alcoolisme surtout, et la tuberculose se développe fatalement. Cet exemple, qu'on pourrait répéter pour toutes les maladies infectieuses, suffit à démontrer le rôle et la hiérarchie des causes dans la production des maladies ; et si l'on peut en conclure que les maladies ne sont point spontanées dans ce sens absolu que l'organisme suffit à les produire, on peut en conclure aussi que les causes externes, y compris les microbes pathogènes, sont impuissantes à produire la maladie en dehors de la prédisposition définie ; que l'état de l'organisme auquel nous donnons le nom de prédisposition est la vraie cause qui produit la maladie avec ou sans concours des autres conditions étiologiques ; que par conséquent les maladies sont bien de cause interne ; qu'elles sont produites par l'organisme lui-même, ce qu'il s'agissait de démontrer.

II. C'est l'organisme qui guérit sa maladie. — Cette proposition se démontre par deux arguments empruntés à la clinique.

Le premier fait qui démontre que l'organisme suffit à

guérir la maladie est celui de la guérison sans traitement des maladies les plus graves Ce fait est d'observation vulgaire : tous les jours, dans les hôpitaux, on reçoit des malades dont la maladie a évolué à domicile ; ils arrivent à l'hôpital convalescents sans avoir subi aucun traitement. Faut-il rappeler ces expériences plus ou moins légitimes pratiquées en Allemagne et ailleurs qui consistaient à laisser sans aucune médication des centaines de malades atteints de pneumonie. Et quoiqu'en totalisant les chiffres de ces expériences on arrive à des résultats peu encourageants pour l'*expectation*, il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de pneumoniques guérissent sans aucun traitement. Les mêmes faits existent pour la fièvre typhoïde, et, dans les épidémies de choléra à la campagne, j'ai vu des malades repousser obstinément tous les secours et cependant guérir.

Un second fait qui démontre que c'est l'organisme qui guérit, et que le rôle de la thérapeutique est bien secondaire, c'est qu'il n'existe point de traitement capable de juguler une maladie. Prenons pour exemple les traitements les plus énergiques et les plus efficaces ; l'eau froide dans les pyrexies infectieuses, le salicylate de soude dans le rhumatisme et le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes. Ces trois médications ont une action dont la certitude approche de la certitude mathématique La thermalité s'abaisse, les arthrites cessent d'être douloureuses, le mouvement fébrile dans la fièvre intermittente est arrêté et supendu.

Mais les bains froids, comme le salicylate, sont absolument impuissants à arrêter le cours de la maladie ; dans les cas heureux, ils continuent à amender les symptômes mais la maladie suit son évolution normale, sa durée

c'est point diminuée et les complications se manifestent avec la même fréquence. Pour le sulfate de quinine, l'illusion est plus grande, parce que dans les formes bénignes, (fièvres tierces ou vernales) la guérison spontanée est la règle, et que le sulfate de quinine qui coupe l'accès semble par cela même juguler la maladie. Mais dans la forme commune de la fièvre intermittente, celle qui survient en automne et revêt le type quarte, les médecins qui pratiquent dans les pays où règne l'impaludisme ne savent que trop que le sulfate du quinine coupe les accès, mais ne guérit pas la maladie.

Du reste, l'argument tiré de la guérison spontanée des maladies les plus graves suffit à notre thèse, parce que le fait est tellement fréquent qu'il n'est ni contestable ni contesté. On sait aujourd'hui à n'en pas douter qu'aussitôt qu'une maladie éclate dans l'organisme, toutes les forces vives se concertent pour lutter contre la maladie et l'amener à guérison. L'histoire si curieuse de la phagocytose est très démonstrative pour notre thèse; elle nous fait assister, au moins sur un point, au travail de l'organisme pour la guérison des maladies. Les cellules lymphatiques se multiplient et, mues par une force attractive, se ruent sur les microbes pathogènes qu'elles englobent et détruisent. Si les microbes pathogènes se multiplient plus vite que les cellules, si leurs toxines empêchent l'action vaso-dilatatrice nécessaire à l'apport de nouvelles cellules phagocytaires, l'effort de l'organisme échoue, la maladie continue son évolution malfaisante et peut amener la déroute complète de l'organisme et la mort.

Ce véritable combat entre l'organisme et la maladie n'est point un roman, c'est un fait qui a été vu et décrit par tous les micrographes.

La thérapeutique devra donc compter avec ces deux faits : 1° en dehors du traumatisme et des empoisonnements, les maladie sont de *cause interne*, elles naissent d'une disposition de l'organisme ; 2° l'organisme lutte toujours contre la maladie et suffit souvent à la guérison des maladies les plus graves.

C'est de ces deux principes que nous avons à déduire les différentes propositions qui constituent la thérapeutique.

Tous les médecins lettrés ont présentes à l'esprit les contradictions et les divagations de la thérapeutique ; ce serait un lieu commun d'insister sur ces misères qui ont excité la verve des Boerhave et des Bichat, sans parler de celle de Molière. Aussi poserons-nous, avant d'aborder l'exposition des connaissances thérapeutiques, cet axiome : *la thérapeutique sera positive ou elle ne sera pas.*

Elle sera *positive*, c'est-à-dire que nous rejetterons également et les lois d'indication qui reposent sur des hypothèses et la matière médicale qui n'est pas expérimentale. Il faut que les lois d'indication reposent sur une exacte connaissance du rôle des causes dans les maladies et du processus naturel des symptômes. Il faut enfin que la connaissance de la propriété de chaque médicament ne repose ni sur des hypothèses, ni même sur une tradition, mais sur la méthode expérimentale.

Abordons maintenant l'étude de la thérapeutique proprement dite.

Les connaissances qui constituent la thérapeutique se divisent naturellement en deux chapitres : *Lois d'indication* et *Matière médicale.*

On comprend, en effet que, pour appliquer la thérapeu-

tique, il soit nécessaire de posséder une loi, une règle qui soit un guide assuré et légitime pour l'action du médecin; et, comme moyen d'action, une médication pharmaceutique et une médication non pharmaceutique, entièrement expérimentales.

1. Lois d'indication. — *L'indication*, dit Galien, *est la nécessité évidente d'une action déterminée.* Telle est la loi générale qui guide et légitime l'action du médecin.

Nous avons déjà traité ailleurs, et nous n'y reviendrons pas ici, l'immense portée de cet axiome de Galien. Nous rappellerons seulement aux médecins et aux chirurgiens qu'il ne leur est permis d'intervenir au cours d'une maladie que lorsqu'il existe la nécessité d'une action évidente et déterminée. Si on veut bien se rappeler, en effet, que les plus graves peuvent guérir spontanément, on se gardera bien d'intervenir dans un drame où il s'agit de la vie ou de la mort sans être poussé par la nécessité d'une action déterminée. Ici l'inspiration est folie et la routine coupable.

La formule générale d'indication donnée par Galien affirme à la fois le devoir et le droit du médecin, mais elle ne suffit pas pour le guider dans la multiplicité des déterminations qu'il doit prendre.

Les états pathologiques sont divers, et au point de vue de la thérapeutique, ils présentent des différences qui rentrent dans quatre cadres : 1° cas pathologiques à empêcher, *médication préventive*; 2° cas pathologiques à guérir qui se subdivisent naturellement en deux ; cas pathologiques dont la cause est connue et saisissable, pathologie externe ; 3° cas pathologiques de cause interne et insaisissable, pathologie interne ; 4° cas pathologiques à pallier, *médication palliative.*

La tradition a, de tout temps, reconnu deux lois d'indication suffisantes pour guider le médecin dans le traitement de toutes les maladies : *la loi des contraires et la loi des semblables*.

1° *Loi des contraires* : *Contraria contrariis curantur* ou encore *sublata causa, tollitur effectus*. Cette loi d'indication est positive quand elle s'adresse à la médication préventive et palliative et au traitement des maladies de cause externe.

Dans le premier cas elle emprunte à l'hygiène les conditions que l'expérience a démontré être propres à empêcher le développement des maladies. Pour la tuberculose, par exemple, elle conseille des conditions atmosphériques et de nourriture qui luttent contre le développement de cette maladie ; elle empêche l'abus de l'alcool qui, au contraire, favorise son développement. Pour la thérapeutique palliative, elle emprunte à la matière médicale expérimentale des actions certaines opposées aux symptômes qu'il s'agit de détruire : l'opium à la douleur, le chloral à l'insomnie, le purgatif à la constipation, etc.

Dans les maladies de cause externe ou chirurgicale, elle s'adresse à la cause et la supprime. Elle réduit une hernie, lie une artère, retire un corps étranger du larynx, etc., etc.

Dans tous ces cas, la loi des contraires est une loi d'indication positive, puisqu'elle ne s'appuie sur aucune hypothèse.

2° *Loi des semblables*. — C'est la seule loi d'indication qui soit applicable au traitement des maladies de *cause interne*. En effet, la loi des contraires est inapplicable, car

elle ne peut être que le contraire de la maladie, de la cause ou du symptôme.

Le contraire de la maladie? Il n'y a point de médicament qui soit le contraire d'une maladie. Qu'est-ce que le contraire de la fièvre typhoïde ou de la pneumonie? C'est la santé, mais ce n'est pas un médicament particulier.

Le contraire de la cause? Or, nous avons vu que la cause vraie de la maladie était la prédisposition définie, c'est-à-dire la maladie en puissance. Eh bien, le médicament contraire de la maladie en puissance est aussi absurde que le médicament contraire de la maladie en acte.

Le contraire du symptôme? Celui-là existe, mais alors il constitue la thérapeutique palliative, la thérapeutique du symptôme, mais non la thérapeutique curative.

La loi des semblables peut donc seule servir de règle aux indications dans la thérapeutique curative des maladies de cause interne.

Mais qu'est-ce que c'est que cette loi des semblables? N'est-elle pas elle-même une hypothèse pure? Comment une action thérapeutique peut-elle arrêter une action morbide qui lui est semblable? Je ne fais pas de difficulté d'avouer que la formule *similia similibus curantur* a quelque chose de paradoxal dans la forme, mais je dis que si cette loi constitue dans l'état actuel de nos connaissances la seule règle qui puisse guider le médecin dans le traitement si difficile des maladies de cause interne, nous n'avons pas à nous arrêter à sa forme paradoxale.

Je remarquerai en premier lieu que cette loi des semblables, loin d'être une formule individuelle, appartient à toute la tradition : formulée par Hippocrate, reçue par

Paracelse, Van Helmont, Stahl, vulgarisée et rendue applicable par les travaux de Hahnemann, et enfin présentée par Pasteur et ses élèves comme la suprême perfection de la thérapeutique, cette loi possède une origine, une durée, et l'assentiment d'hommes de mérite. Elle doit donc au moins être prise en grande considération par tous les thérapeutistes.

Je remarque de plus que la loi de similitude est facilement applicable à la thérapeutique. Les études modernes sur la matière médicale ont démontré que les médicaments produisaient dans l'organisme sain un ensemble de symptômes et de lésions qui constituaient des *maladies médicamenteuses*. Or, ces maladies médicamenteuses sont semblables, ou mieux, analogues aux maladies naturelles. L'empoisonnement aigu par l'arsenic ressemble à s'y tromper au choléra ; l'empoisonnement par le sublimé à la dysenterie ; la cantharide produit des néphrites ; le plomb des paralysies, etc., etc.

La loi des semblables est donc applicable au traitement des maladies de cause interne.

Pour terminer, nous ajouterons que cette loi a reçu inconsciemment de très nombreuses applications dans toute la tradition (guérisons homœopathiques dues au hasard ; Hahnemann, Organon), que depuis la constitution de la matière médicale expérimentale condition nécessaire pour l'application de la loi des semblables, des milliers de médecins appliquent chaque jour avec succès la loi de similitude, qu'enfin les travaux de Pasteur et de son école donnent à la loi de similitude une autorité aussi nouvelle qu'inattendue.

Sans doute, bien des explications ont été données pour rendre compte de l'action curative par les semblables :

aucune ne me satisfait entièrement. La théorie de Hahnemann ne soutient pas l'examen. Suivant cet auteur, l'action pathogène du médicament est plus puissante que la cause pathogène de la maladie, ce qui explique comment la première se substitue à la seconde ; il ajoute que l'action pathogène du médicament étant de sa nature spontanément curable, cette action disparaît facilement et d'elle-même, aussitôt que la maladie naturelle est guérie.

Cette explication est une pure hypothèse. L'action pathogène du médicament peut sans doute être éphémère quand elle est le résultat de toutes petites doses; mais alors, comment pourra-t-elle se substituer à une maladie qui a envahi tout l'organisme et dont la violence est telle qu'elle peut produire la mort en quelques heures ? Quel rapport d'énergie peut-on établir entre quelques globules de veratrum et le choléra foudroyant? Jamais l'intelligence médicale ne pourra comprendre que ces quelques globules de veratrum constituent une force capable de détruire le choléra et de s'y substituer.

Trousseau, lui aussi, a voulu expliquer les guérisons homœopathiques par la substitution. L'inflammation déterminée par le nitrate d'argent sur la muqueuse oculaire atteinte d'ophthalmie se substitue à cette inflammation et la guérit. Or, dans les guérisons homœopathiques, il n'y a pas du tout de substitution. Le choléra du veratrum ne succède pas plus au choléra asiatique que l'eczéma arsenical ne succède à l'eczéma naturel, ou la rectite du sublimé corrosif à la dysenterie. Sous l'influence du veratrum, de l'arsenic, du sublimé corrosif, les symptômes des maladies contre lesquelles sont dirigés ces médicaments diminuent peu à peu, puis disparaissent sans qu'on puisse constater l'existence des symptômes ou des

lésions propres à ces médicaments. Dans les guérisons homœopathiques, il n'y a donc point à proprement parler de substitution.

John Hunter a donné, pour expliquer les guérisons homœopathiques, une explication plus générale. L'observation clinique lui ayant appris que deux affections de même nature ne peuvent coexister sur le même organe, une action médicamenteuse et une maladie analogue à cette action ne pourront subsister ensemble, et l'une guérira l'autre. On pourrait peut-être élever plusieurs objections à la théorie de John Hunter. Nous ne le ferons pas parce qu'elle jette une certaine lumière sur l'action de la loi des semblables. Peut-être vaudrait-il mieux se contenter de cet axiome philosophique, que deux négations valent une affirmation, ou en termes algébriques, que moins par moins donne plus. L'action pathogène du médicament et l'action pathogène de la cause morbide sont deux négations de la santé, et leur action combinée peut conclure à la guérison, qui est l'affirmation de la santé.

L'argument le plus puissant en faveur de la loi des semblables se tire de l'histoire des vaccins ou sérumthérapie.

En effet, il n'est pas contesté que tous les vaccins, depuis le cowpox jusqu'à celui du tétanos et des venins, soient des agents analogues aux virus pathogènes ou produits par les mêmes microbes qui engendrent la maladie ; l'immunité acquise est donc régie par la loi des semblables.

Or les mêmes sérums qui vaccinent, guérissent aussi comme celui de la peste, de la fièvre jaune et du choléra. La guérison des maladies infectieuses est donc, comme la vaccination, régie par la loi des semblables.

D'où une démonstration expérimentale de la loi des semblables.

II. Médications. — Les médications se divisent naturellement en deux classes : les médications pharmaceutiques et les médications non pharmaceutiques.

Les médicaments et les médications sont les instruments dont les médecins se servent pour opérer la guérison. Nous avons vu qu'il existait deux règles pour l'emploi de ces moyens : la loi des contraires et la loi des semblables ; que ces deux lois étaient légitimes et positives toutes les fois qu'elles étaient appliquées au genre d'affection pathologique auquel elles conviennent.

Pour achever la constitution de la thérapeutique positive, il y a encore une condition, c'est que l'action des médicaments, comme celle des médications, soit expérimentalement connue.

1° Pour les médicaments une seule méthode est acceptable, c'est celle inaugurée par Hahnemann. Il faut que chaque médicament soit étudié à toute dose sur un organisme sain. Pour les doses petites et moyennes, l'homme est un organisme de choix pour l'étude des médicaments. Pour les doses toxiques, l'histoire des empoisonnements et celle des métiers insalubres fournissent des renseignements considérables.

Enfin l'étude des lésions est étudiée chez les animaux et complète nos connaissances expérimentales de matière médicale.

Cette étude est aujourd'hui très avancée et les effets produits par les médicaments sur les organismes sains sont déjà assez nombreux pour qu'on ait pu formuler des lois résumant les actions médicamenteuses.

1re *Loi* : Une dose moyenne de médicament administrée en une fois à un organisme sain produit successivement deux effets opposés, l'un primitif, l'autre secondaire.

2e *Loi*: Plus la dose du médicament est forte, moins l'action primitive est marquée. Si la dose est excessive, l'action secondaire seule se développe.

3e *Loi* : Avec les très petites doses de médicaments, les effets secondaires apparaissent à peine, ou même manquent totalement.

4e *Loi* : L'effet d'un médicament sur l'homme sain et sur l'homme malade est absolument opposé toutes les fois que les symptômes morbides sont analogues aux effets physiologiques du médicament.

Pour compléter ce qui a trait aux médications pharmaceutiques, nous aurions encore à traiter des différentes voies par lesquelles on peut administrer les médicaments; du temps pendant lequel un médicament doit être administré ; de la répétition des doses et des intervalles qu'il convient de mettre entre leur administration ; de l'association et de l'alternance des médicaments, et enfin des doses.

Les doses sont variables ; elles diffèrent avec les médicaments et avec les maladies ; elles diffèrent surtout quand les médicaments sont prescrits suivant la loi des semblables.

Nous devons, dans cet exposé doctrinal, nous borner à cet exposé général ; les détails de ces questions appartenant aux traités didactiques de thérapeutique.

Médications non pharmaceutiques. — Ces médications comprennent la sérumthérapie, l'opothérapie, l'asepsie, l'injection de sérum artificiel, les médications thermales,

hydrothérapiques, électrothérapiques, physiologiques, chirurgicales et hygiéniques.

Ces médications, dont la simple énumération prouve l'extrême importance dans le traitement des maladies, sont les unes absolument positives comme la sérumthérapie, l'opothérapie, l'asepsie, la chirurgie, les médications physiologiques et hygiéniques, d'autres en partie empiriques comme la médication thermale, l'hydrothérapie et l'électrothérapie. Les unes sont régies par la loi de similitude comme la sérumthérapie et un grand nombre de médications thermales ; les autres relèvent pour la plupart de la loi des contraires.

Conclusions. — Tel est l'exposé de la doctrine thérapeutique. Cette doctrine est complète ; elle s'appuie sur deux principes : c'est l'organisme qui fait sa maladie et c'est l'organisme qui la guérit. Cette conception génésale engendre le reste de la thérapeutique ; elle fixe et limite l'intervention médicale. Le thérapeutiste, au moins dans le traitement des maladies de cause interne, doit renoncer au rôle prépondérant que pendant de longs siècles le galénisme lui a fait jouer. Il doit pour jamais renoncer à l'espoir de détruire la cause de la maladie pour détruire cette maladie elle-même. Le *sublata causa* comme le *contraria contrariis* ont fait leur temps. L'étude des microbes et de leurs toxines, comme celle de l'altération des quatre humeurs, a surabondamment démontré que la cause efficiente de la maladie est au delà, qu'elle consiste dans l'état même de l'organisme et que cet état ne connaît ni antidote ni contraire. Le rôle du thérapeutiste dans le traitement des maladies de cause interne se borne donc à aider la nature.

Dans les maladies chirurgicales et les empoisonnements,

là où la cause est saisissable, dans la thérapeutique palliative qui consiste à combattre un symptôme, la thérapeutique galénique est applicable et reprend tous ses droits.

Des deux lois d'indication restées dans la tradition médicale, nous avons vu que l'une, la loi des semblables, était seule applicable au traitement des maladies internes; que l'autre, la loi des contraires, s'appliquait légitimement à la chirurgie et à la thérapeutique palliative.

Nous avons vu que la plupart des médicaments avaient été expérimentés sur des organismes sains, que, par conséquent, nous possédions une matière médicale expérimentale.

La doctrine thérapeutique constitue donc un tout complet qui se tient et se suit logiquement, depuis ses principes généraux jusqu'à ses plus petites applications; elle a pour lois d'indication des règles positives et pour instrument une matière médicale expérimentale. Et en terminant, ne pouvons-nous pas appliquer cette phrase d'un grand médecin : *La perfection en thérapeutique est de savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait?*

Oui, nous savons ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons, mais malheureusement il n'y a que dans notre école où on puisse se rendre ce témoignage.

Dr P. JOUSSET.

DE L'OPOTHÉRAPIE

AU POINT DE VUE HOMŒOPATHIQUE

L'*opothérapie* est une méthode de traitement consistant à administrer aux malades des extraits provenant d'organes d'animaux sains (corps thyroïde, ovaire, testicule, pancréas, etc.) Ces extraits sont administrés pour suppléer à la sécrétion interne de l'organe correspondant chez l'homme lorsque cet organe manque (myxœdème), lorsqu'il est atrophié (ménopause), lorsqu'il est malade (diabète pancréatique).

Pour les médecins allopathes il n'y a que cette indication pour l'emploi des extraits organiques ; pour les médecins homœopathes, on peut se servir des extraits organiques dans deux cas très différents :

1° Pour suppléer à un organe manquant, atrophié ou malade (*médication opothérapique proprement dite*) ;

2° Pour combattre une maladie ou un symptôme semblables à ceux produits par cet extrait organique sur l'homme sain (*médication homœopathique*).

Cette seconde source d'indication nécessite la connaissance de l'action des extraits organiques sur l'homme sain, nécessite la connaissance de la pathogénésie de chaque extrait organique. Il n'existe à proprement parler jusqu'à ce jour qu'une seule pathogénésie d'extrait organique à peu près complète, c'est celle de l'*extrait thyroïdien* ou *thyroïdine*, qui a été publiée pour la première fois par le Dr Clarke dans l'*Homœopathic World*, pathogénésie dont

j'ai donné dans l'*Art médical* (1) la traduction complétée par un certain nombre d'empoisonnements et d'observations.

Nous devons ajouter qu'en dehors de ces deux modes d'indication, les produits opothérapiques ont été employés d'après l'usus in morbis (*médication empirique*).

Nous allons passer successivement en revue les principaux extraits animaux en indiquant les différentes maladies dans lesquelles ils paraissent rendre des services, et en ne retenant que les cas où leur action paraît être incontestable.

THYROIDINE.

La thyroïdine a donné des succès dans le myxœdème, l'obésité, le psoriasis, le goitre, le goitre exophtalmique, les affections du cœur : elle paraît indiquée par sa pathogénésie dans l'aliénation, la neurasthénie et la chlorose.

Myxœdème. — On a été conduit à traiter le myxœdème par le corps thyroïde, par la connaissance qu'on avait des accidents qui suivent l'extirpation complète du corps thyroïde ; le myxœdème opératoire, guéri par la thyroïdine, a amené à employer le même médicament dans le myxœdème congénital et acquis.

Il existe aujourd'hui un grand nombre d'observations de guérison ou d'amélioration de myxœdème par ce traitement dont l'efficacité paraît indiscutable.

Ce traitement du myxœdème est sous la dépendance de notre première loi d'indication (*médication opothérapique proprement dite*).

---

(1) T. LXXX, p. 337 et 424 ; T. LXXXI, p. 31.

Obésité. — Le corps thyroïde a été employé pour combattre l'obésité par analogie : nous avons aujourd'hui plusieurs observations d'amaigrissement assez rapide au moyen de la thyroïdine, en y joignant un régime alimentaire approprié. Il y a lieu de débuter par des doses faibles qu'on augmentera progressivement, et de suspendre de temps à autre l'emploi du médicament pour éviter son accumulation et son action dangereuse sur le cœur, particulièrement sur le cœur gras des obèses. Quoi qu'il en soit c'est un traitement qui peut rendre des services.

Goitre. — Le traitement du goitre par l'extrait thyroïdien relève de la loi homœopathique. D'après une statistique reproduite dans notre pathogénésie, Bruns a guéri 9 goitres sur 12 qu'il a traités par ce moyen.

Goitre exophtalmique. — Les accidents produits par la thyroïdine donnent un tableau complet du goitre exophtalmique, à tel point que l'on peut lire dans *the Lancet* (3 mars 1894) : « Les symptômes toxiques observés dans quelques cas de myxœdème traités par l'ingestion du tissu de la glande thyroïde rappellent tellement certains symptômes de goitre exophtalmique, que l'on peut se demander si la vraie cause de la maladie de Basedow n'est pas une hyperthyroïdisation : tachycardie, élévation de la température, insomnie, agitation, polyurie, paraplégie incomplète, sensation de chaleur, diaphorèse et diarrhée. » A ces symptômes nous ajouterons que MM. Ballet et Enriquez (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 novembre et 14 décembre 1894) ont relaté sur des chiens la production du goitre ; nous ajouterons que M. Beclère (*id.*, 12 octobre 1894) a observé de l'exophtalmie chez une

myxœdémateuse traitée par le corps thyroïde : « Tachycardie (pouls passant de 72 à 120, et même pendant le mouvement à 140 et 160), vertiges, essoufflement et palpitations pour le moindre mouvement, élévation de la température, agitation, insomnie, polyurie, paraplégie incomplète, chaleurs, sueurs, tremblement, saillie des yeux avec éclat brillant et exophtalmie. On est frappé de l'éclat du regard, de l'aspect brillant et de la saillie des yeux qui rappellent ceux des malades atteints de goitre exophtalmique ».

On comprend après ce tableau combien nous autres homœopathes nous devons être attirés par notre loi de similitude à employer la thyroïdine à dose faible dans le traitement de la maladie de Basedow, par contre combien les médecins allopathes ont dû combattre ce mode de traitement comme un non sens. Il existe cependant dans la littérature allopathique plusieurs observations d'amélioration par ce traitement.

M. Jules Voisin (*Société médicale des hopitaux de Paris*, 19 octobre 1894) rapporte l'observation d'une malade de 32 ans, atteinte d'un goître exophtalmique classique, traitée par le corps thyroïde (8 grammes chaque jour en deux fois, avant chaque repas). Amélioration sensible.

Au congrès de médecine interne de Wiesbaden (10 et 11 avril 1896), M. Schuster signale que dans la maladie de Basedow on a constaté plusieurs résultats heureux; M. Von Noorden trouve que le traitement thyroïdien lui a paru produire des effets temporairement défavorables suivis d'une amélioration très nette.

A la société de médecine berlinoise (5 février 1896), M. Silex présente une malade atteinte d'un goître exophtalmique, traitée sans succès en 1895, par M. Sénator au

moyen de l'arsenic et complètement guérie depuis par des tablettes de thyroïdine.

M. Weiller, de Saint-Dié (*Médecine moderne*, 6 octobre 1898), relate l'observation d'une malade atteinte de goître exophtalmique ayant résisté à tous les traitements et entièrement guérie par l'administration de comprimés d'iodothyrine.

Personnellement, j'ai employé deux fois avec succès la médication thyroïdienne dans la maladie de Basedow.

Mme C..., 40 ans, présente depuis longtemps un goître qui n'avait pas eu pendant longtemps de retentissement sur le cœur, depuis quatre ans au contraire, tous les signes de la maladie de Basedow existent : exophtalmie, tachycardie, tremblements; depuis deux ans grande amélioration par le traitement suivant : *arsenic* (3 trit.), gros comme un pois au commencement des deux principaux repas. En outre, pendant une semaine, *thyroïdine* (3/10e) 5 gouttes matin et soir; la semaine suivante *agaricus musc.* (3/10e) et revenir à thyroïdine.

Mlle Cécile C..., 20 ans, a depuis deux ans un petit goître avec palpitations, tachycardie, battements dans le goître, qui grossit au moment des époques, et derrière les yeux qui cependant ne présentent pas encore d'exophtalmie; grande amélioration avec *thyroïdine* (3/10e) et *glonoïn* (3/10e), 5 gouttes matin et soir. Un jour l'un, un jour l'autre.

Affections du cœur. — Les symptômes produits sur le cœur par la thyroïdine sont assez nombreux pour faire penser à ce médicament dans quelques affections du

cœur : syncope, défaillances, palpitations et essoufflement au moindre effort ; tachycardie : faiblesse des battements du cœur ; mort dans une crise rappelant l'angine de poitrine ; œdème des jambes.

Ces symptômes permettent d'essayer l'emploi de la thyroïdine dans l'*aortite* et l'*angine de poitrine* ; mais c'est surtout dans les *palpitations* et la *tachycardie paroxystique* que ce médicament soit seul, soit administré concurremment à *aconit*, *cactus*, *glonoïn* et *spigelia*, nous a donné de bons résultats.

M. B..., 65 ans, a depuis douze ou quinze ans des crises répétées de tachycardie avec essoufflement, battements angoissants du cœur, montant à 140 ou 150 pulsations ; pendant la crise, fréquence des besoins d'uriner avec urines très abondantes, claires comme de l'eau et ne contenant presque pas d'urée ; je l'avais traité sans succès avec cactus, aconit, iodure de potassium ; le 28 avril 1895 je lui donne *thyroïdine* (3/10e) 2 gouttes par cuillerée, deux cuillerées par jour pendant six jours — repos trois jours — recommencer six jours ; ensuite j'augmentais progressivement les repos ; les crises ont à peu près cessé depuis l'emploi du médicament.

Psoriasis. — On a publié un certain nombre de cas de guérisons de psoriasis par le corps thyroïde ; il me semble que c'est là un effet homœopathique, puisque nous avons relevé dans trois des observations ayant servi à établir la pathogénésie de la thyroïdine la desquamation de la peau.

Enfin la pathogénésie de la thyroïdine paraît l'indiquer dans le traitement de plusieurs maladies, l'*aliénation*, la

neurasthénie (le Dr Clarke a signalé un cas de guérison), la *chlorose* ; j'ai rapporté une amélioration dans un cas de chlorose avec règles faibles, essoufflement au moindre exercice, palpitations, anorexie, teint jaune cire.

PANCRÉAS ET FOIE

Le *diabète* est la maladie qui se trouve sous la dépendance des extraits de pancréas et de foie et là il s'agit de l'action opothérapique proprement dite.

Les expériences qui ont démontré que les chiens privés de pancréas mouraient rapidement d'un diabète grave ont dû faire penser à l'emploi du pancréas dans le traitement du diabète. Les premiers essais avaient été faits au moyen d'injections sous-cutanées d'extrait de pancréas, injections mal supportées du diabétique.

Je crois avoir eu le premier l'idée d'employer le pancréas en ingestion buccale et j'ai publié plusieurs observations de guérisons complètes. En voici trois.

M. V.., 56 ans, marchand de vin en gros, vient me consulter le 16 mars 1895 ; depuis huit mois, faiblesse, soif, impuissance ; amaigrissement de 30 livres, caractère difficile ; les urines contiennent 45 grammes de sucre ; 3 litres par jour ; je lui prescrit le *pancréas*, deux pastilles matin et soir et concurremment *azotate d'urane* (2 trit.) et *sizygium jambol.* (2 trit.) un jour l'un, un jour l'autre ; en même temps un régime peu sévère.

Le 12 avril, le malade se trouve mieux, la soif a diminué ; 2 litres d'urine seulement, avec 12 grammes par litre.

Le 15 juin, le malade se trouve tout à fait bien. aucune

trace de sucre; un mois de repos et reprise du traitement pendant vingt jours.

Le 6 août, le malade a engraissé, a repris des forces, n'a plus de sucre.

Le 16 novembre, il revient de passer un mois à la campagne, a engraissé de 20 livres, n'a plus d'impuissance, se trouve très bien.

Un an après, à la suite de chagrins. réapparition d'une petite quantité de sucre qui disparaît très rapidement sous l'influence du pancréas; depuis le malade va très bien et n'a jamais eu de sucre.

M. C..., 54 ans, vient me trouver le 6 février 1897 pour un état de fatigue, avec insomnie, et un certain degré d'impuissance, les urines contiennent 53,23 de sucre par litre. Je lui fis prendre un jour l'extrait de pancréas, un jour l'extrait de foie, 20 gouttes en deux fois, et le mis à un régime relatif.

Le 18 mars (quarante jours après) les urines ne contiennent que 3 grammes de sucre par litre.

Le 22 juin, il n'y a plus de sucre.

Je revois le malade le 26 octobre 1898, toujours très bon état et absence de sucre dans les urines.

Le 28 juillet 1899, le sucre a reparu, extrait de pancréas.

Depuis ce moment, le sucre a toujours persisté à doses variables, malgré le pancréas et le foie, malgré les autres médicaments, *azotate d'urane*, *phosphori acid.*, *helonias*, *opium*, etc.

Depuis deux mois, sous l'influence de l'extrait de foie et de pancréas le sucre parait diminuer progressivement.

Mme de K..., 67 ans, me fait venir le 12 mars 1900, pour un anthrax très volumineux occupant toute la lèvre supérieure; *arsenic* (3 trit.) et *arnica* (1 trit. déc.); levure de bière; pulvérisations d'eau phéniquée et pommade contenant 2 grammes d'*arnica* (1 trit. déc.) pour 15 gr. de vaseline. L'état général était mauvais et je demandai une analyse des urines; la malade urinait 2 litres environ avec 65 grammes de sucre par litre. L'état me paraissait très grave; un chirurgien venu en consultation porta un pronostic sérieux; malgré tout, sous l'influence du traitement prescrit, l'anthrax guérit très rapidement et au bout de huit jours de traitement, il restait seulement du diabète, caractérisé par la polyurie et la glycosurie toujours considérable, 60 grammes par litre : *iod. d'arsen.* (3 trit. déc.), et *azotate d'urane* (1 trit.) un jour l'un, un jour l'autre; après un mois de traitement, vers le 20 mars l'état est stationnaire, le sucre toujours abondant; *extrait de pancréas* (subst.) 20 gouttes au commencement de chaque repas; en deux mois, le sucre n'existe pour ainsi dire plus. 3 grammes par litre et la malade n'urine plus qu'un litre et demi.

Un certain nombre de cas de diabète ayant résisté au pancréas, surtout chez les personnes grasses, mon père eut l'idée de substituer l'*extrait de foie* à l'extrait de pancréas et dans une leçon clinique de l'hôpital Saint-Jacques publiée dans l'*Art médical* en février 1896, il signalait trois cas dans lesquels l'emploi de cet extrait de foie avait amené des diminutions de 8 grammes de sucre, de 20 grammes de sucre et de 41 grammes de sucre.

Depuis cette époque, l'action favorable du foie dans certaines formes de diabète a été signalée par MM. Gilbert et Carnot (*Société de Biologie*, 21 novembre 1896).

OVARINE.

A propos de l'ovarine, nous signalerons surtout son emploi dans les *troubles de la ménopause* naturelle ou artificielle, où l'ovarine réussit souvent. M. P. Mossé signale plusieurs observations favorables; Jacobs publie la statistique suivante : sur 244 femmes ayant eu des mutilations des organes génitaux, 116 guérisons définitives, 48 guérisons passagères, 61 améliorations, 19 insuccès; dans l'*aménorrhée*, le traitement ovarien paraît réussir surtout chez les femmes ayant été réglées antérieurement, et être moins efficace chez les jeunes filles non encore réglées ; dans la *chlorose*. les résultats sont beaucoup plus contestables. Dans ces cas, l'indication ressort de l'*opothérapie proprement dite*.

Dans le traitement des *ménorrhagies*, j'ai essayé d'obtenir une action homœopathique en employant des doses infinitésimales. Je n'ai encore à signaler que deux observations, qui ne sont pas très concluantes, car elles ont pour sujet des femmes approchant de l'âge où la ménopause physiologique pouvait s'établir naturellement. Cependant, dans ces deux cas, où il s'agissait de ménorrhagies pour corps fibreux, depuis plus de six mois, les époques très violentes sont devenues faibles et persistent.

Enfin, tout dernièrement le Dr Edmond Vidal signalait à la Société de médecine de Paris l'emploi de l'ovarine à doses fortes, dans le traitement de la neurasthénie féminine; il avait essayé ce traitement par analogie avec l'action de l'orchitine dans l'impuissance, l'ovaire étant l'organe analogue au testicule ; il prétend avoir de bons résultats.

Nous ne ferons que signaler le LIQUIDE ORCHITIQUE dans l'*impuissance*, l'EXTRAIT CÉRÉBRAL ET MÉDULLAIRE dans l'*ataxie* et les *affections du cerveau*, le LIQUIDE RÉNAL dans l'*anurie*, les CAPSULES SURRÉNALES dans la *maladie d'Addison*, etc ,. etc.

MODES DE PRÉPARATION. — Nous employons surtout les extraits glycérinés d'organes préparés suivant la méthode de Brown Sequard. Voici le *modus operandi* :

On prend un organe d'un animal jeune et vigoureux (mouton principalement), on le débarrasse des impuretés adhérentes ; on le lave à l'eau tiède récemment bouillie ; on le divise en petits morceaux avec un couteau flambé et on le fait macérer dans son poids de glycérine à 28°. Des précautions sont nécessaires pour que les fragments d'organes soient recouverts par la glycérine et ne flottent pas à la surface. Après vingt-quatre heures de macération on ajoute à la masse le quart de son poids d'eau salée à 5 p. 100 ; on agite, on laisse macérer encore pendant une heure, puis on filtre au papier.

Le liquide ainsi obtenu, stérilisé en le faisant passer sous pression à travers des bougies d'alumine, doit être conservé dans un lieu frais et dans des flacons de petite capacité.

Ce liquide servira de point de départ aux dilutions ; on pourra le prescrire sous le nom de *substance*. Les dilutions sont faites jusqu'à la troisième décimale en se servant de 1/2 glycérine, 1/2 alcool, les suivantes à l'alcool (1).

(1) *Pharmacopée homœopathique française*, J.-B. Baillière, 1898.

Les organes ont été administrés soit à l'*état frais*, crus, coupés en morceaux, et incorporés à des confitures ou sous forme de sandwich ; soit *desséchés* ; et alors on les réduit en poudre et on les met en capsules ou on en fait des tablettes.

L'*extrait glycériné* que nous avons l'habitude d'administrer par la bouche peut être aussi injecté sous la peau.

Enfin, on peut *greffer* sous la peau un morceau d'organe frais (corps thyroïde, ovaire, etc.).

Le premier mode d'administration est celui qui nous paraît le plus simple et le plus commode.

Doses. — Les doses varient suivant que nous employons les extraits d'organes pour suppléer à un organe manquant ou insuffisant (*opothérapie proprement dite*), soit que nous les employons d'après la loi de similitude (*opothérapie homœopathique*).

Dans le premier cas (myxœdème, diabète, aménorrhée, etc.), nous donnons la substance à doses fortes 10, 20 et 30 gouttes par jour, pendant six à dix jours — repos trois à cinq jours et recommencer.

Dans le second cas (goitre exophtalmique, tachycardie, ménorrhagie), nous donnons la 3/10e, en variant si nous n'obtenons pas le résultat cherché, descendant jusqu'à 1/10e ou remontant à la 6e.

Dr Marc Jousset.

QUELQUES EXPLICATIONS

SUR L'ACTION

PRIMITIVE ET SECONDAIRE DES MÉDICAMENTS

Dans ces derniers temps, on a très peu écrit sur le sujet de l'action primitive et secondaire des médicaments. Cependant jadis bien des théories ont été émises par des homœopathes de profession. Le Dr Dudgeon, dans ses « Conférences sur l'Homœopathie », a présenté les théories de seize auteurs différents, comprenant les opinions de Hahnemann et les siennes propres. Ces hypothèses sont, sans exception, basées sur une erreur générale, l'hypothèse que les drogues sont des entités vitalisées et douées de la force d'agir. Laissant de côté toutes ces théories, il est nécessaire de fixer son attention d'une manière détaillée sur l'opinion d'un seul homme, Samuel Hahnemann, et je le fais, parce que toutes les autres hypothèses ont été formulées uniquement comme résultat des idées que ce grand penseur avait exprimées le premier.

Hahnemann avait d'abord enseigné que les drogues possédaient une double action : une action primitive ou *directe*, et une action secondaire ou *indirecte*. De l'action primitive, dépendait l'application de l'Homœopathie ; de l'action secondaire, l'application de l'antipathie. De la première on obtenait des résultats durables ; de la dernière, on obtenait que la palliation.

Plus tard, dans la pratique, les vues de Hahnemann se modifièrent, et nous le voyons enseigner sa théorie des *actions alternatives*. Comme dit le Dr Dudgeon : « Sans révoquer formellement ses idées antérieurement émises de l'action primitive et secondaire, Hahnemann dit qu'il se sert de cette nouvelle expression pour désigner la condition alternante des différentes phases de l'action primitive ». En effet, l'action alternante des drogues a réellement si bien usurpé dans sa théorie la place de l'action secondaire, que des symptômes secondaires peuvent également être utilisés dans la thérapeutique. Finalement, quand nous continuons à considérer les opinions plus récentes de Hahnemann, nous voyons qu'il ne traite ni de l'action primaire, ni de l'action secondaire, ni de l'action alternante de la drogue ; mais il semble qu'il considère que tous les symptômes qui suivent l'administration d'une drogue sur le sujet sain sont également utiles dans la pratique de l'homœopathie : ainsi, après avoir eu la théorie la plus définie de l'influence pathogénétique du médicament, Hahnemann finit par ne plus se confiner dans aucun système, et il ouvre grandes les portes aux irrégularités et aux inconséquences les plus manifestes de pensée et d'action. Mais, sans doute, une liberté illimitée dans le champ de la pathogénésie des médicaments est de beaucoup préférable à l'attachement fanatique qui peut résulter de l'adhésion à des théories qui manquent d'un caractère plausible, et il est probable que Hahnemann était frappé par ce fait, lorsqu'il fut contraint de renoncer à sa théorie de l'action des drogues, qui était impossible à démontrer.

L'erreur fatale de Hahnemann naquit de sa négligence à noter le fait que, dans la pathogénésie des drogues, il

faut tout autant considérer l'*expérimentateur* que le malade en cas de maladie provenant de causes ordinaires. Il nous dit de considérer le patient et non la maladie, et il aurait dû nous dire aussi de considérer l'expérimentateur et non la drogue. Sa persuasion du fait que les drogues possédaient un pouvoir vital et indépendant est exposée dans la section soixante-troisième de l'Organon (traduction de Héring 1848) où Hahnemann, en parlant de l'action primitive des drogues, dit : « Quoique ceci soit l'effet à la fois d'une vertu médicinale et d'une force vitale, il appartient néanmoins plus particulièrement à la première dont l'action s'exerce sur le corps. » En d'autres termes, c'est dire que la vitalité indépendante des drogues est plus définie et plus prononcée que la vitalité de l'organisme humain. Voici donc l'erreur essentielle des théories de l'influence pathogénétique, non seulement de Hahnemann, mais de tous ses contemporains et disciples : c'est la conviction que les drogues sont des entités indépendantes et vitalisées, douées du pouvoir d'agir.

Dans ce problème difficile et embarrassant de l'influence de la drogue sur l'économie humaine, on peut au contraire en toute sûreté affirmer qu'il n'y a qu'une force qui travaille, et cette force est le principe vivifiant de l'organisme ; appelez-la *vis medicatrix naturæ*, « force récupérative », « force constitutionnelle » ; peu importe. En adoptant cette vue, le problème se simplifie beaucoup, ce qui, je l'espère, sera évident dans la discussion suivante, dont ces remarques forment le prologue.

Quand une substance est introduite dans l'organisme humain, soit par l'estomac, soit par les veines ou d'une autre manière quelconque, l'organisme cherche de suite à faire quelque chose de cette substance. Si la substance

est un aliment, si elle est un corps étranger, non assimilable et inabsorbable — comme de la cendre dans l'œil, ou une balle de fusil dans le *psoas magnus*, ou si c'est un grain de mercure ou d'opium, ou encore une odeur piquante, le fait est le même : l'organisme entreprend de *faire quelque chose* relativement à la substance introduite. Il n'importe pas que de la force du muscle ou de la graisse puisse être finalement enlevé à l'intrus, ni de combien de facteurs vivifiants il soit plein, ni quels autres changements se produisent dans l'organisme à cause de la présence de la substance étrangère; le fait est que c'est l'organisme dans lequel elle a été introduite qui affecte une attitude définie et active, et que cette activité est due au principe vital par lequel l'organisme s'anime (1).

En reconnaissant ces faits, nous trouvons de suite nécessaire d'admettre que l'expression « action des drogues » est aussi incorrecte que l'*action d'aliment* ou l'*action de balle de fusil*. Cependant il nous serait permis d'employer les termes d'action des drogues pour la commodité de l'expression, si notre attitude mentale nous atteste que nous sommes parfaitement au courant des véritables rapports des facteurs de ce problème.

On pourrait poser avec raison cette question : s'il n'existe aucune force médicamenteuse, pourquoi l'organisme humain ne donne-t-il pas les mêmes résultats à la suite de l'administration de n'importe quelle drogue ou de toutes les drogues indifféremment? La raison c'est que chaque drogue est une individualité, et à cause des

(1) Ces remarques ne s'appliquent pas aux microbes (qui sont eux-mêmes des organismes individuels) ni aux facteurs chimiques, qui produisent des réactions dépendant de la loi d'affinité, mais elles s'appliquent aux facteurs physiologiques.

caractéristiques qui la rendent individuelle, elle fait que l'organisme affecte une attitude qui révèle sa présence.

La présence de la drogue donnée cause un dérangement dans l'organisme, à cause des ions de ses molécules mises au contact des ions des molécules cellulaires dont l'organisme se compose. Les ions des différentes drogues sont très probablement, différemment polarisés et composés de différentes substances dont la présence cause la production de changements différents dans les *ions* des molécules cellulaires de l'organisme, et il en résulte des changements d'attitude rendus manifestes par les symptômes différents qui suivent l'administration des différentes drogues.

Comme les drogues n'agissent pas, et qu'il faut que l'organisme de l'homme, à cause de sa nature même, « fasse quelque chose » d'une drogue quand elle est introduite dans sa sphère d'action ; ces nouvelles manifestations, qui se présentent immédiatement après qu'une drogue est administrée à un expérimentateur, sont naturellement dues à l'action de l'organisme dans son effort de « faire quelque chose » de cette drogue. En d'autres termes, toute manifestation d'un dérangement fonctionnel ou d'un changement organique qui a lieu après l'administration d'une drogue (si elle n'a pas eu lieu avant) peut être considérée comme occasionnée par l'effort de l'organisme.

Comme résultat de cet effort « pour faire quelque chose » de la drogue, deux sortes de manifestations se présentent, qu'on appelle généralement et respectivement symptômes primitifs et secondaires. Les symptômes primitifs sont ceux qui se montrent les premiers et qui continuent jusqu'à ce qu'il se développe une série de symp-

tômes qui sont d'un caractère opposé ou différent. Par exemple, primitivement la diarrhée peut survenir et secondairement elle est suivie de la constipation, ou premièrement la torpeur et secondairement l'insomnie, etc. Cela posé, nous sommes naturellement portés à examiner la signification de ces deux séries d'effets, et nous aimerions à savoir pourquoi de telles manifestations opposées se présentent pendant l'effort que fait l'organisme pour se débarrasser de cette drogue importune. D'après la théorie qui me semble plausible, le processus dépend de la dépense de force ou activité, et du recouvrement de force ou repos. Quand une drogue est introduite dans l'organisme de l'expérimentateur, l'organisme, comme nous l'avons déjà dit, commence de suite à agir. Cette action continue aussi longtemps que l'organe ou le tissu engagé peut manifester de l'énergie ; mais quand elle est arrivée à un degré que la fonction ne peut dépasser, une cessation d'effort arrive et les manifestations cessent. Cette action primitive peut être suivie d'une complète cessation d'énergie, d'une légère évidence de réaction ou de symptômes secondaires bien nets Dans le premier exemple, le *Stimulus* dû à la drogue expérimentée n'est pas très prononcé, c'est pourquoi l'action primitive est légère ; elle continue pendant peu de temps, ne demande pas la dépense de beaucoup de force, c'est-à-dire qu'elle ne surmène pas les forces agissantes de l'organe principalement affecté, et laisse derrière elle peu de traces de sa présence. D'autre part, quand le stimulus est fort, le pouvoir d'agir de l'organe ou tissu impliqué, ou de l'organisme entier (suivant le cas) est surmené, c'est pourquoi les manifestations secondaires ne sont pas seulement une passiveté sans expression, mais elles mon-

trent un relâchement de l'organisme qui dépasse un simple repos, et comme résultat apparaissent des symptômes qui impliquent ce relâchement.

Tel est le processus habituel que poursuivent les fonctions du corps quand des drogues sont administrées pour des desseins d'expérimentation, mais il y a une autre attitude que prend l'organisme vis-à-vis de quelques drogues. Celles-ci au commencement ne causent aucun dérangement apparent, à part peut-être de légères manifestations. Par conséquent, la force agissante de l'organe, du tissu ou de l'organisme, selon le cas, ne s'épuise pas rapidement, et pendant longtemps des symptômes, ou même des changements organiques, se produisent pendant l'attitude primitive de l'organisme. Quand on observe cette attitude primitive qui progresse lentement, on aperçoit peu de manifestations secondaires, parce que la vitalité ou les forces d agir se dépensent si lentement et si tranquillement, que les manifestations sont excessivement difficiles à remarquer. On peut regarder les métaux comme de bons exemples des drogues qui produisent des effets de ce caractère.

De ces faits, on pourrait déduire le principe suivant : plus le degré de stimulus de l'agent pathogénétique est considérable, plus les manifestations de l'attitude primitive de l'organisme sont violentes ; et plus le degré de stimulus du facteur pathogénétique est faible, plus les manifestations de l'attitude primaire de l'organisme sont de longue durée et légères.

Le second point qui réclame notre attention est celui-ci : comment distinguer les symptômes primitifs des secondaires ? C'est un fait bien reconnu que tous les symptômes primitifs ne cessent pas avant que les symp-

tômes secondaires se développent, mais qu'ils cesseront quelquefois pendant un court espace de temps pour être suivis de symptômes secondaires, suivis à leur tour de nouveaux symptômes primitifs et ainsi de suite jusqu'à ce que la perturbation s'apaise graduellement.

Il n'existe apparemment aucune limite définie de la cessation de l'action primitive et du commencement des manifestations secondaires. Quand nous nous rappelons que l'action primitive est due au premier effort de l'organisme pour « faire quelque chose » nous pouvons facilement comprendre qu'aussitôt que cet effort est épuisé, l'activité primaire est finie, et pas avant, et l'attitude secondaire ou passive commence; celle-ci continuera juste aussi longtemps qu'il sera nécessaire à l'organisme pour recouvrer ses forces d'agir, et pas plus longtemps. Comme quelques organes et tissus ont une plus grande vitalité — ou une plus grande force d'agir — que d'autres, c'est-à-dire comme ils sont essentiellement plus forts, ainsi il arrivera que dans quelques organes et tissus l'effort primitif continuera plus longtemps que dans d'autres, avec moins de force de résistance. L'attitude primitive continuera donc dans les organes et les tissus doués du maximum de force d'action, et l'attitude secondaire continuera plus longtemps dans les organes et les tissus doués du minimum de force d'action.

Ainsi nous verrons l'organisme développer simultanément les symptômes primitifs et les secondaires, l'attitude primitive de quelques organes et tissus étant terminée avant l'attitude primitive d'autres organes et tissus. Pour cette raison on devrait être très soigneux dans l'étude de la pathogénésie des drogues, car ce n'est pas une chose facile de séparer toutes les manifestations

variées des actions primitive et secondaire qui se présentent en même temps dans l'organisme. On peut cependant accomplir cette tâche en notant attentivement le caractère et la tendance pathologique des premières manifestations de l'organisme, et en classant comme *symptomes primitifs* ceux conformes à ce caractère et à cette tendance pathologique. Tous les symptômes qui ne sont pas conformes au caractère de ces premières manifestations, et montrent une perturbation de l'organisme qui tend à une direction différente, devraient être regardés comme des *symptomes secondaires.*

A présent que l'on a vu que les symptômes et conditions pathogénétiques primitifs sont ceux qui résultent d'une attitude active de l'organisme, due directement à la présence du facteur pathogénétique, et que les symptômes et conditions secondaires sont dus à une condition passive ou négative de l'organisme, et non directement à la présence du facteur pathogénétique, il devient évident, non seulement que les deux classes des symptômes devraient être séparées et qu'une seule classe devrait servir de base pour les prescriptions homœopathiques, mais il devient également clair que les symptômes primitifs constituent cette classe importante.

Tandis qu'il est vrai que chaque condition et symptôme, qui se produit après l'administration de la drogue sur le sujet, peut signifier quelque chose, il ne s'ensuit pas nécessairement que toutes ces occurrences aient la même signification. On a suggéré que les manifestations primitives ont une signification pour le thérapeutiste, et que les manifestations secondaires n'ont pas une telle signification. La signification de ces derniers détails se rapporte à la condition négative dans laquelle l'organisme

tombe après que l'effort primaire est dépensé, et cela n'a d'intérêt pour le thérapeutiste qu'au point de vue antipathique; cela n'a de valeur que comme indication de l'état où l'organisme pourra finalement être forcé, si l'on prescrit un agent antipathique pour la condition clinique existante.

Maintenant nous appelons l'attention sur ce fait que la même série d'effets pathogénétiques primitifs ne succédera pas indistinctement aux fortes et aux petites doses de la même drogue. L'effet primitif d'une petite dose d'une drogue sera le même que l'effet secondaire d'une forte dose de la même drogue. En effet, il y a différentes nuances d'expressions des effets de la même drogue à travers ses divers degrés de subdivision, depuis l'état brut jusqu'à la dilution la plus élevée capable de produire des effets pathogénétiques. C'est ce fait, joint aux nombreux degrés de division des médicaments employés à faire nos symptomatologies, qui rend si difficile l'étude de la Matière Médicale et l'art de bien formuler selon la loi des semblables. Cette difficulté continuera jusqu'à ce qu'on adopte une quantité déterminée de substance médicinale (à l'état brut ou diluée) comme unité de dose pathogénétique (Bien entendu que chaque drogue doit avoir sa dosimétrie propre).

L'adoption d'un tel codex n'aurait pas d'effet sur ceux qui désirent faire des expérimentations sur des animaux à doses de forces diverses; et elle n'empêcherait pas de semblables expériences sur des êtres humains; mais elle ne permettrait pas de donner comme des notions prêtes à être appliquées en thérapeutique cet amas confus d'effets médicamenteux, obtenus par des préparations si diverses. En effet, cette hâte de publier des expérimentations est

un des fléaux de nos jours. Au lieu d'attendre que quelque résultat de valeur réelle ait été démontré, l'expérimentateur jette dans la publicité ses travaux préliminaires, dans l'espoir d'être classé parmi les bienfaiteurs de l'humanité. Ceci s'applique à toutes les branches des sciences et de l'art aussi bien qu'à la médecine. Il n'y a pas de raison pour qu'on ne fasse pas des expérimentations de toutes sortes, avec toutes les doses de drogue, depuis la substance en nature jusqu'aux subdivisions infinitésimales. Mais pour l'amour de l'exactitude, de telles publications ne devraient pas être mises entre les mains de l'imprimeur avant que quelques résultats explicables, définis et de valeur réelle, fussent obtenus. La médecine physiologique a besoin de systématisation et de condensation dans des limites intelligentes et intelligibles.

Des expérimentateurs de drogues, surtout de l'école homœopathique, se sont lancés à corps perdu dans le fatras des pathogénésies. Nos recueils de symptomatologie sont remplis d'effets médicamenteux, depuis ceux à doses toxiques, de toutes les dilutions décimales et centésimales jusqu'à ceux des *fluxions dilutions*, qui relèvent du domaine de la métaphysique. On nous présente tout ce mélange dans l'attente que nous pourrons appliquer les détails à la guérison des malades selon une loi thérapeutique. Existe t-il dans l'histoire une plus grande absurdité?

Quand même nous vivrions jusqu'à l'âge de Mathusalem et continuerions à étudier ces effets confus de médicaments jusqu'au jour de notre mort, nous n'arriverions pas à pratiquer la médecine aussi parfaitement qu'on pourra le faire pendant la durée moyenne de la vie lors-

qu'on aura adopté une règle de posologie Supposons que chaque dilution d'une substance médicinale produise des résultats, à quoi cela nous avancerait-il de les connaître, même si nous pouvions nous souvenir de tout ? Il est constaté que toute substance médicinale, capable de troubler l'organisme humain, possède non seulement une, mais deux séries d'effets, suivant de près son administration ; ainsi chacune des deux dilutions aura deux séries d'effets plus ou moins forts Quoique les effets de toutes les dilutions puissent se ressembler plus ou moins, néanmoins ils ne sont pas les mêmes, et plus nous nous éloignons de la drogue brute, plus nous nous rapprochons du point où les effets primitifs de celle-ci et de ses dilutions deviennent aussi opposés que le sont les effets primitifs et secondaires de la même drogue à l'état brut. Notre besoin urgent, c'est la condensation. Des expérimentations variées sont bonnes et nécessaires ; mais pour la science pratique, il n'est nullement besoin des essais prématurés qui remplissent nos manuels. Quand on considère les symptômes seuls, le choix du remède est souvent difficile, mais quand des symptômes secondaires contradictoires s'introduisent dans le problème sans mention de la préparation de la drogue à laquelle on les attribue, la pratique de la médecine devient inutilement trop difficile. Comme exemple, nous pourrions nous en rapporter à la Matière Médicale Pure. Ici, nous trouvons noté, à la fois « figure pâle » et « figure rouge », « pupilles contractées » et « pupilles dilatées », « sensation de froid dans l'épigastre et l'hypogastre » et « chaleur violente et ardente dans l'épigastre et l hypogastre »; « désir sexuel exagéré » et « impuissance du mâle » ; « somnolence » et « insomnie » ; « pouls faible et lent », et « pouls à la fois fort et

accéléré » ; froid du corps avec pâleur », et « chaleur du corps entier compliquée de rougeur de la figure » ; « sueur froide » et « sueur chaude ».

Dans le même ouvrage, les symptômes contradictoires suivants sont attribués à *l'arsenicum* : « *Photophobie* » et « affaiblissement de la vue » ; « lividité de la figure », indiquant trop peu de sang et « figure bleuâtre, mal colorée », indiquant trop de sang ; « absence de soif », « manque de soif », et « soif extraordinaire » ; « bouche visqueuse », et « grande sécheresse dans la bouche » ; « répugnance pour la nourriture », et « grand appétit de lait » ; « chaleur comme du feu dans l'estomac » et « froid interne continuel dans la région épigastrique » ; « constipation des intestins », et « diarrhée » ; « besoins pressants et inefficaces d'aller à la selle », et « évacuation sans que l'on s'en aperçoive » ; « flux diminué de l'urine », et « flux augmenté de l'urine » ; « sécheresse de la cavité nasale », et « sortie de fluide âcre du nez » ; « coryza fort et fluent » ; « élancements aux chevilles et aux articulations du genou seulement quand on est en mouvement » ; « douleurs du pied aggravées par le mouvement », et « les douleurs nocturnes ne deviennent supportables que quand il marche » ; « élancements dans les bras et les jambes, par suite desquels on ne peut pas se coucher sur le côté où l'on éprouve les douleurs ; et cela devient très supportable quand on remue l'endroit où la douleur lancinante se trouve » ; « grande envie de dormir », « envie continuelle de repos » ; « on s'agitait la nuit au lit sans sommeil », « on ne pouvait pas s'endormir » ; « pouls très lent », et « pouls faible et accéléré » ; « humeur irritable » et « tranquillité d'esprit » ; « mauvaise humeur », et « bonne humeur » ; « anxieuse impatience »

et « grand calme d'esprit et gaîté » ; « disposition sérieuse et tranquille », et « plus enclin à l'allégresse ».

Il n'est pas nécessaire de faire des citations d'autres symptomatologies; celles-ci sont suffisamment typiques. Lesquels de tous ces détails sont primitifs et dans le camphre et dans l'arsenicum et lesquels sont secondaires respectivement? Lesquels sont caractérisques de l'influence de la drogue, et lesquels ne le sont pas? Lesquels furent causés par de grandes doses et par des petites? Quel degré de subdivision guérit les *simillima* de ces détails, quand ils se produisent dans le malade?

Les deux séries d'effets remarqués ne peuvent pas servir de base pour le choix de ces médicaments, si nous les donnons à la même dose. Ceci nous force à envisager la question du dosage thérapeutique, c'est-à-dire la dilution, l'atténuation, la puissance (comme il vous plaira de l'appeler), laquelle est cependant de moindre importance que la connaissance des effets primitifs des drogues, et de la quantité ou de la dilution employée à la production des effets pathogénétiques primitifs. Quand cette dernière chose sera connue, la quantité de la drogue prescrite thérapeutiquement sera en grande partie, un sujet d'expérience personnelle. Je dis en grande partie et non entièrement, parce que quand nous connaissons la quantité de la drogue avec laquelle on a obtenu la pathogénésie des effets primitifs, nous savons assez sans expérimenter qu'il faut donner moins de la drogue que la quantité donnée pour produire l'effet pathogénétique. Quant à la détermination de la dose suffisante pour produire des effets curatifs, la susceptibilité particulière du patient en décidera, et l'expérience du médecin lui indiquera ce qui

produit des résultats curatifs dans la moyenne des malades.

Relativement aux détails contradictoires sur lesquels on a attiré l'attention, comment est il possible d'appliquer la loi des semblables avec le meilleur effet possible, quand nos ordonnances sont basées sur de telles données? Une telle condition de notre symptomatologie est propre à détruire la confiance dans la supériorité de notre système de thérapeutique. En effet, il n'est pas étonnant qu'on soit frappé par le fait que, plus on scrute de telles choses, plus la croyance se justifie que les praticiens homœopathes, aussi bien que les praticiens d'autres écoles, guérissent par l'influence psychologique, ou la *vis medicatrix naturæ*, tout aussi souvent que par l'ordonnance de la drogue.

Un moyen de remédier à un tel état de choses, c'est l'adoption d'un codex de dosage pathogénétique que nous venons de proposer. Mais cela implique le renoncement aux efforts recommandés de longue date pour l'individualisation de tout ce qui concerne la pathogénésie des drogues et la thérapeutique. Tandis qu'il faut reconnaitre que l'intelligence de l'homme a des bornes, et une de ces bornes c'est l'impossibilité d'individualiser pathologiquement et symptomatiquement chaque être humain qui cherche l'aide thérapeutique.

Il faut, bien entendu, que nous nous apercevions du fait qu'il n'y a pas deux individualités exactement semblables, soit organiquement, soit inorganiquement, et que si nous voulons produire les meilleurs résultats possibles dans n'importe quelle individualité, il faut que nous appliquions l'agent actif à cette même individualité, parce qu'il convient à cette individualité et à nulle autre. C'est

ce que l'homme pourrait faire s'il était omniscient. Du reste, quand nous nous occupons d'un grand nombre d'individualités, nous sommes forcés, faute de temps, s'il n'y a pas d'autre raison, de trouver un agent qui causera approximativement les bons résultats désirés chez plus d'un individu. Or, nous voilà en train de classifier nos individualités en certains groupes de certaines ressemblances. Ainsi, dans la pratique de la médecine, nous trouvons qu'il est impraticable de traiter chaque individualité et nous sommes forcés, parce que l'art est long et le temps court, de généraliser plus ou moins et de former des moyennes en groupant, s'il est possible, nos patients en classes de tempéraments : *neurasthéniques*, *hydrogénoides*, *sthéniques*, *asthéniques*, etc., et comme résultat logique nos drogues fournissent des groupes généralisés de symptômes applicables aux conditions moyennes dans la moyenne des hommes et des femmes. Ce n'est pas que nous nous permettions de généraliser sans égard au fait de l'individualité de la drogue aussi bien que du patient, car il faut toujours considérer plus ou moins cette idée d'individualité, mais nous généralisons jusqu'au point de demander quelles conditions et quels symptômes les drogues causeront dans la moyenne des expérimentateurs humains. Il nous faut une drogue qui causera un mouvement fébrile dans la moyenne des expérimentateurs et quelque drogue que nous sachions apte à causer des idées noires dans la moyenne des expérimentateurs et quelque drogue que nous sachions apte à produire la paralysie du mouvement, etc., etc. Naturellement, plus le nombre de ces admirables détails que causera ladite drogue dans la moyenne des expérimentateurs sera grand, plus il sera avantageux au praticien et à ses patients; et, en réalité,

chaque drogue doit causer un nombre suffisant de détails dans la moyenne des expérimentateurs pour lui donner une certaine individualité généralisée; dans le cas contraire, on ne peut pas s'en servir avec la perspective de résultats définis. Voilà le but du praticien moderne progressif, et il est possible d'y arriver par l'étude des effets primitifs de la drogue pathogénétique.

D'après cette philosophie, il faut laisser aux autres la besogne d'entretenir la croyance dans la *totalité des symptômes*. Quand nous nous arrêtons pour chercher la *totalité des symptômes* avant de faire une ordonnance, le malade mourra ou guérira avant que nous réussissions dans notre recherche. *Totalité* veut certainement dire le tout, et quand il faut considérer la condition du malade il ne faut pas seulement regarder la condition pathologique, mais aussi tous les symptômes objectifs et subjectifs du cas, et quand nous l'avons fait il faut trouver une drogue qui ait dans tous les détails le *simillimum* exact de ce malade. Imaginez-vous la difficulté de construire un tel tableau de la condition pathologique et symptomatique du malade, et puis imaginez-vous la difficulté encore plus grande de choisir la *totalité* similaire de nos pathogénésies, la recherche de la *totalité* simillimum à travers la collection hétérogène des symptômes primaires et secondaires de toutes sortes de préparations médicinales, depuis l'état brut jusqu'à la trentième dilution. La tâche du nettoyage des étables d'Augias devient insignifiante auprès de cette entreprise prodigieuse.

La médecine est ou pratique ou nulle. Le praticien demande des matériaux pathogénétiques dont l'application thérapeutique soit réalisable et dont on puisse obtenir des résultats positifs. Il ne se contentera pas de *généralités*

brillantes et de belles hypothèses qui ne se réalisent qu'en utopie.

Comme conclusion, il est seulement nécessaire de soumettre le sommaire suivant :

1° Les drogues n'agissent pas; c'est l'organisme dans lequel on les introduit qui agit et montre les symptômes que l'on croit dus aux drogues;

2° Les actions soi-disant primitive et secondaire des drogues sont dues à l'attitude de l'organisme; la première attitude, celle d'activité et la seconde celle de passivité ou négative;

3° Plus forte est la stimulation pathogénétique, plus les manifestations de l'attitude primaire de l'organisme sont violentes et de courte durée; plus douce est cette stimulation, plus les manifestations de l'attitude de l'organisme sont légères et de courte durée;

4° Les symptômes primitifs sont les symptômes qui se produisent les premiers, après l'administration de l'agent pathogénétique, ainsi que tous les autres symptômes successifs qui sont conformes aux premiers et qui montrent la même tendance pathogénétique;

5° Tous les symptômes qui ne sont pas conformes de caractères aux premières manifestations de l'organisme peuvent être considérés comme symptômes secondaires;

6° Les symptômes primitifs sont ceux sur lesquels toutes les ordonnances homœopathiques devraient être basées;

7° Les mêmes effets primitifs ne succèdent pas aux grandes et aux petites doses de la même drogue, mais les effets secondaires d'une forte dose seront probablement les mêmes que les effets primitifs d'une petite dose de la même drogue;

8° Un Codex de posologie pathogénétique devrait être adopté par tous les expérimentateurs;

9° *La totalité des symptômes* comme base nécessaire de l'ordonnance homœopathique est une conception fallacieuse et impraticable dans l'état actuel de la science; mais c'est une belle théorie, et comme son accomplissement signifie la perfection de l'homœopathie, nous devrions nous efforcer d'y atteindre le plus possible.

Dr ELDRIDGE C. PRICE (de Baltimore).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars. — La séance du 13 mars a été occupée principalement par la suite de la discussion sur la grippe que nous avons déjà examinée.

Communication de M. Laborde : Le cas de Vacher, état mental. Criminalité, responsabilité, examen du cerveau.

Après une expertise des professeurs Lacassagne et Pierret, Vacher, considéré comme responsable de ses crimes, a été condamné et exécuté et pourtant, Vacher était un malade, un irresponsable. Ce fait a été mis hors de doute par le savant rapport de M. Laborde que nous devons analyser dans cette revue.

C'est avec un sentiment de tristesse et d'humiliation

pour notre profession que nous sommes obligés de constater dans la pathologie mentale des lacunes telles, qu'elles conduisent à l'échafaud un malade irresponsable.

Ces lacunes, je tiens à en signaler la cause, viennent de l'abandon par les médecins aliénistes de la tradition d'Esquirol, Ce grand médecin considérait la folie *comme une maladie* et l'étudiait comme telle. Aujourd'hui, la plupart des médecins aliénistes se livrent à des études psycho-physiologiques et dissertent sur les problèmes philosophiques qu'ils connaissent mal, au lieu d'étudier la question clinique. C'est grâce à cet état d'esprit que les hommes les plus autorisés dans la spécialité arrivent à commettre des *impairs* semblables à celui que nous signalons, impairs particulièrement fâcheux quand ils concluent à l'exécution d'un irresponsable.

M. Laborde a établi que Vacher était un aliéné, sur les raisons suivantes : Vacher avait des épileptiques dans sa famille; après une première période de vie, marquée par des actes impulsifs d'une violence dangereuse, une dépravation précoce, avec érotomanie, excitation génitale contre nature, Vacher fut pris d'un *délire mélancolique* de *persécution, impulsion au suicide* qui a abouti à se loger deux balles de revolver dans la tête.

Pendant cette première période de maladie, Vacher fut interné à l'asile Saint-Robert d'où il sortit avec le certificat suivant : « Considérant donc, dit le Dr Dufour, que Vacher ne donnant plus de signe de folie, et constatant son état de conscience parfaite, et par suite de responsabilité, nous n'hésitons pas à proposer sa sortie ». (p.333).

Faut-il donc rappeler à M. Dufour que les *impulsifs* ont toutes les apparences de la raison, qu'ils ont la conscience parfaite de leurs actes, mais qu'ils n'en ont pas la respon-

sabilité, précisément parce que leur maladie est caractérisée par une *impulsion anxieuse* ou *automatique* pouvant toujours devenir irrésistible; ce symptôme, presque toujours isolé, constitue une forme particulière de la folie.

M. Laborde appuie sa thèse sur un premier argument absolument clinique, c'est que la folie constitue une unité morbide et que cette unité n'est point interrompue par la rémission des symptômes qui peuvent s'observer. La fièvre intermittente existe toujours, même en l'absence des accès, et quand la fièvre reparaît après un intervalle de plusieurs semaines, c'est la même maladie qui se continue, et non pas une nouvelle maladie qui apparaît. Du chancre induré à l'accident tertiaire qui peut n'apparaître que 30 ou 40 ans plus tard, c'est toujours la même maladie, et l'unité de la syphilis n'est pas interrompue par les périodes d'accalmie, si longues soient-elles. Il en est de même pour la folie. Parler de *folie transitoire* c'est aller contre les notions les plus nettes de pathologie générale. Ce mot de *transitoire* pourrait tout au plus servir à désigner des attaques de folies périodiques qui se renouvellent à distance de plusieurs années et présentent toujours le même enchaînement de symptômes. Donc, comme le dit justement M. Laborde, le Vacher de l'asile Saint-Robert et le Vacher assassin constituent toujours le même homme, je dirai plus rigoureusement le même malade.

Les actes commis par Vacher ont des caractères bien spéciaux qui démontrent à n'en pas douter leur nature pathologique.

1° Ses actes ont un caractère de monstruosité excessif, qu'on ne rencontre jamais dans les actes criminels ordi-

naires. Ainsi, pourquoi après la mort des victimes, ces mutilations multiples et absolument inutiles.

2° Le second caractère pathologique des actes de Vacher, caractère qu'on retrouve toujours dans les crimes des aliénés, c'est l'absence de proportion entre l'acte criminel et le bénéfice qu'on peut en tirer.

3° La répétition exacte des mêmes circonstances qui constituent l'acte criminel est un caractère qu'on retrouve dans tous les attentats commis par les aliénés impulsifs. Tous les aliénés incendiaires s'entourent de précaution pour n'être point surpris. Tous recommencent à incendier jusqu'à ce qu'ils aient été arrêtés. Tous se retirent à l'écart pour *savourer le plaisir que leur cause la vue du feu.* Tous sont débarrassés pour un temps de l'anxiété qui les portait à incendier.

Les kleptomanes, les malades qui éprouvent l'impulsion à boire, répètent les mêmes actes et à peu près pendant le même temps, a chaque accès nouveau.

4° Tous les impulsifs, quand ils sont de bonne foi, vous diront comme Vacher qu'ils sont poussés dans l'accomplissement de leur crime par une force soudaine et irrésistible, qu'ils comparent à une sorte de rage de sang.

Si nous analysons les actes qui constituent chacun des crimes de Vacher, nous voyons que le meurtre, les mutilations et la satisfaction génitale qui se rencontrent dans tous les crimes de Vacher semblent constituer une impulsion unique sous la dépendance d'une seule excitation cérébro-spinale. Il se rencontre des criminels qui cherchent à violer et violent effectivement des filles ou des enfants. Et si ces criminels tuent, c'est, une fois l'acte commis et afin de cacher le premier crime. Mais il n'y a que des aliénés qui violent un cadavre· Chez Vacher, nous

l'avons dit, le meurtre, les mutilations et l'acte génital étaient tellement subordonnés à la même cause, que d'après son aveu, l'excitation génitale existait dès le début du meurtre, et qu'une fois au moins l'éjaculation s'est produite avant qu'il ait pu souiller sa victime.

Il me semble que cette analyse met hors de contestation la nature pathologique des actes accomplis par Vacher et qu'il n'y a que la folie qui puisse rendre compte de faits ainsi caractérisés et renouvelés nombre de fois, toujours de la même manière, aussi bien sur les jeunes gens des deux sexes que sur les gens âgés.

Si nous concluons à l'irresponsabilité, et par conséquent à la non culpabilité de Vacher et de ses semblables, nous concluons non moins énergiquement contre la mise en liberté d'un malade qui à donné la preuve d'impulsions dangereuses pour la société. Nous savons que ces impulsions sont périodiques ; mais nous savons aussi qu'il n'existe aucun signe certain qui puisse faire prévoir leur retour. Si donc nous ne voulons pour ces malheureux ni peine infamante et encore moins la mort, nous voulons qu'ils soient mis dans l'impossibilité de nuire par une réclusion qui ne doit jamais cesser, malgré des apparences de raison que ces malades peuvent présenter. J'ai vu un impulsif homicide renfermé dans une maison de santé où sa guérison apparente lui avait mérité une liberté d'aller et de venir ; cet impulsif, dix ans après son premier crime, ayant vu un couteau dans la loge du concierge, s'en servit pour tuer un enfant.

Le reste du rapport de M. Laborde constate un développement considérable de la partie antérieure du cerveau de Vacher, développement en rapport avec l'intelligence, la mémoire et la faculté de parole qui distinguait

ce malade. Ce n'est pas une chose rare que la grande intelligence des fous. Et la comparaison qu'on a fait du cerveau de Vacher et de celui de Gambetta prouverait cette parenté que certains esprits moroses ont voulu établir entre les fous et les hommes de génie.

Séance du 27 mars. — *Suc gastrique pur retiré de* L'ESTOMAC ISOLÉ. Le Dr Frémont est l'auteur d'un procédé qui lui permet d'obtenir pour l'usage thérapeutique du suc gastrique de chien absolument pur. Voici son procédé : il sépare l'estomac de l'œsophage et du duodénum au niveau du cardia et du pylore par deux sections qui respectent les vaisseaux et les nerfs. Il réunit l'œsophage au duodénum, ferme les orifices de l'estomac qui constitue alors une cavité isolée. Quand on donne à manger à l'animal, l'action réflexe détermine une abondante sécrétion de suc gastrique que l'on peut recueillir à l'aide d'une fistule classique.

La fièvre typhoïde et les sources de la craie, par M. Thoinot, Henriot rapporteur.

Par sources de la craie, M. Thoinot entend les sources qui filtrent à travers la craie. Or, ce philtre est très défectueux, car la craie présente de larges fissures qui laissent passer l'eau sans la filtrer. La source de la Vanne a cet inconvénient, et c'est pour cela que deux fois déjà, en 1894 et en 1900, cette source de la Vanne a causé à Paris deux épidémies de fièvre typhoïde. Du reste, le bacille d'Eberth a été constaté dans le réservoir de Monsouris alimenté par les eaux de la Vanne.

M. Thoinot a fait une enquête pour rechercher le lieu où les sources de la Vanne avaient été polluées. Il résulte

de son enquête que c'est le village de Villechétive qui a été le foyer de l'infection, puisqu'on a observé 30 cas de fièvre typhoïde dans cette localité depuis quelques années. Ce village est situé à 12 kilomètres d'une des sources de la Vanne, à Prédemiroir, dans une situation élevée et en amont de la source. Malgré cette distance de 12 kilomètres, M. Thoinot pense que les eaux ont été contaminées par les déjections de fièvre typhoïde que les paysans ont l'habitude d'épandre sur la terre.

Quel remède à cette source d'infection ? L'auteur du rapport a la plus grande confiance dans les règlements administratifs qui empêcheront les paysans de déverser n'importe où les *excréta* de leurs malades. Nous applaudissons au vœu formé par le rapporteur et sanctionné par l'Académie, seulement nous n'avons aucune confiance dans son exécution. Si les eaux filtrées à travers la craie ont réellement l'inconvénient que signale M. Thoinot, il vaudrait bien mieux ne pas amener au prix de millions des eaux aussi facilement contaminées. Et peut-être comme, l'a dit M. Chantemesse en 1894, il serait plus simple et moins couteux de reprendre l'usage de l'eau de Seine qui, au moins, avait l'avantage de *vacciner* contre la fièvre typhoïde.

Mortalité et désinfection. — Dans ce numéro et dans les deux suivants nous retrouvons la continuation de la discussion sur la déclaration obligatoire de la rougeole, de la broncho-pneumonie et de la tuberculose. Cette question a déjà été traitée dans l'*Art médical*. Nous n'y reviendrons donc pas. Néanmoins, nous désirons rapporter certaines opinions d'académiciens qui n'ont pas été suffisamment mises en lumière dans l'article de l'*Art médical*. M. Lere-

boullet, a propos de la rougeole, rappelle avec une certaine ironie, les raisons apportées autrefois par M. Grancher pour établir que la désinfection était inutile dans la rougeole. Quant à la contagion de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, elle ne s'observe pas en dehors de l'hopital.

On sait que MM. Vallin et Grancher ont demandé la déclaration pour les pneumonies et les broncho-pneumonies infectieuses. A ce propos, M. Lancereaux dit qu'il serait très désireux de connaître les caractères permettant de distinguer une pneumonie et une broncho-pneumonie infectieuses d'une pneumonie et d'une broncho-pneumonie non infectieuses. M. Vallin répond que depuis la découverte du pneumocoque, en dehors du traumatisme, toute pneumonie est infectieuse. M. Grancher insiste encore un peu plus, et pour lui toutes les pneumonies et les broncho-pneumonies sont infectieuses. Cependant il désire qu'on laisse une certaine latitude d'appréciation au médecin de la ville. A quoi M. Lancereau réplique avec un grand bon sens : si vous disiez *pneumonie grippale*, il serait plus facile de s'entendre.

Comment ne s'est-il pas trouvé dans la docte assemblée un clinicien pour demander la preuve clinique de la contagion de la pneumonie franche à pneumocoques, à streptocoques, à bacilles d'Eberth, ou à colibacilles, peu importe.

M. Lereboullet a fait une objection pleine de bon sens contre la déclaration obligatoire de la phtisie. Il remarque d'abord, qu'en dehors de Paris, la déclaration de tuberculose n'aura pour résultat « que des controverses, des commérages et des scandales ». M. Lereboullet ne comprend pas que, malgré les protestations des sociétés

et des syndicats médicaux, et de la grande majorité des médecins ruraux, on veuille étendre à la plupart des maladies, et surtout à la tuberculose pulmonaire, les prescriptions d'une loi presque partout tombée en désuétude.

« Mais, alors même que la désinfection pourrait s'exercer dans un cas de tuberculose pulmonaire, comment, quand, durant combien de mois et d'années, faudra-t-il la pratiquer? Allez-vous mettre à la disposition de chaque malade une équipe de désinfecteurs qui le suivra dans tous ses déplacements? Allez-vous le condamner sa vie durant à la surveillance de la haute police sanitaire? » (p. 389.) Après ces paroles empreintes d'un si grand bon sens et inspirées par l'expérience pratique, il n'y a rien à ajouter. Si, malgré cette protestation, la majorité de l'Académie vote le règlement sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, elle commettra une action à la fois mauvaise et inutile. Mauvaise, parce qu'elle contribuera à faire du phtisique un malade dangereux pour les autres, ce qui n'est pas. Inutile, parce qu'aucun médecin digne de ce nom ne consentira à apprendre à son client qu'il est phtisique et à divulguer dans le public une tare familiale.

Séance du 10 *avril.* — Cette séance a été presque entièrement occupée par la communication de M. Dieulafoy sur *la pleurésie appendiculaire.*

La pleurésie appendiculaire est le pendant du foie appendiculaire dont M. Dieulafoy nous entretenait l'année dernière. Nous reconnaissons d'abord que cette communication de M. Dieulafoy constitue un chapitre de pathologie très intéressant et fortement documenté, tant sur

les observations propres à ce médecin que sur d'autres empruntées aux auteurs contemporains. Nous regrettons seulement que M. Dieulafoy, hypnotisé par son dada de la cavité close, s'obstine à expliquer le processus morbide par l'exaltation de la virulence du colibacille. Les colibacilles, exaltés dans la cavité close appendiculaire, passent dans le péritoine, tantôt à travers les parois de l'appendice, tantôt par une perforation. De là ces microbes transmis dans les points éloignés de leur lieu d'origine et sans relation apparente avec le foyer primitif, déterminent des abcès à distance, ces collections purulentes dues à l'éclosion de graines microbiennes transportées là on ne sait comment. « En y regardant de plus près, peut-être trouverait-on le fil conducteur sous forme de lymphangite ou de membrane » (p. 454). M. Dieulafoy fera bien d'y regarder de plus près, de très près même, et quand il aura trouvé le fil conducteur, il nous le montrera. Nous serons curieux de suivre ce fil conducteur traversant le diaphragme, envahissant la cavité pleurale droite, puis le poumon gauche, quelquefois même les méninges.

Ce que M. Dieulafoy appelle pleurésie et foie appendiculaire sont des lésions communes à une maladie qui semble avoir le privilège d'exercer la verve des faiseurs d'hypothèses. Il y a 60 ans, on l'appelait *infection purulente* et on l'expliquait par le transport matériel du pus; puis vint Cruveilher avec la théorie de la phlébite. J. P. Tessier fit en vain appel au bon sens clinique en proposant d'appeler cette maladie diathèse purulente. L'expression peu précise de pyohémie a été généralement adoptée. Et aujourd'hui l'école microbienne explique la

présence des abcès multiples par le transport des microbes pathogènes.

Ce n'est pas le lieu de traiter à fond cette question. Toujours est-il qu'à la suite de traumatismes, d'accouchements, de suppuration et quelquefois spontanément, on voit se developper une maladie, toujours la même, caractérisée par un ensemble de symptômes généraux que tous les cliniciens connaissent et par la formation de collections purulentes en différents points de l'économie. Quand l'appendicite est le point de départ de cette maladie, le colibacille se retrouve dans toutes les lésions, mais c'est le streptocoque qu'on retrouve dans ces mêmes lésions, quand le point de départ de la maladie est un accouchement ou une opération.

C'est donc en vain que M. Dieulafoy cherchera un fil conducteur dans les lymphatiques, toutes ces lésions et leurs symptômes sont gouvernés par la maladie elle-même qui détermine, tantôt de petits abcès isolés, tantôt de grandes collections, tantôt des arthrites, tantôt des pleurésies ou des méningites.

Cela ne veut pas dire que ces lésions soient disséminées au hasard et sans règle. Nous connaissons déjà un certain nombre de lois de l'anatomie pathologique qui régissent la propagation de l'inflammation. Ainsi toutes les fois qu'un abcès a décollé la dure-mère, le péricrane se soulève dans le point correspondant, ce qui constitue un signe précieux pour l'application du trépan. De même, l'inflammation du canal médullaire dans un os long a son retentissement dans la partie correspondante du périoste qui se tuméfie. Et, pour en revenir à la communication de M. Dieulafoy, c'est par une application de la loi d'anatomie pathologique dont nous parlons, que l'in-

flammation et la suppuration localisée dans la couche vasculaire située entre le péritoine et le diaphragme s'accompagne bientôt d'une inflammation de même nature localisée dans la couche vasculaire située entre la plèvre et le diaphragme. C'est par le même mécanisme que les inflammations du péritoine, de quelque nature qu'elles soient, même tuberculeuses, s'accompagnent de l'inflammation de la plèvre.

Ces localisations dans les couches vasculaires du péritoine ou de la plèvre correspondante nous donnent le mécanisme de la perforation du diaphragme dans les cas où l'abcès du foie ou une tumeur hydatide suppurée vient se vider dans la cavité pleurale correspondante. En effet, la portion du muscle diaphragme comprise entre deux couches vasculaires oblitérées par l'inflammation tombe en sphacèle et se perfore. Mais nous sommes bien éloignés de la communication de M. Dieulafoy, revenons au bulletin de l'Académie.

Ce même fascicule contient un rapport de M. Babès sur *le diagnostic rapide de la rage par l'examen microscopique du bulbe du chien mordeur*. Personne ne conteste l'utilité du diagnostic précoce de la rage chez le chien mordeur, afin de pouvoir instituer à temps la prophylaxie de la rage par le traitement de l'Institut Pasteur. Le diagnostic par l'inoculation du bulbe du chien mordeur chez le lapin trépané demande quinze jours, quelquefois un mois, ce qui est une grosse perte de temps.

D'après Babès, les lésions de la rage chez le chien consistent dans l'accumulation de cellules embryonnaires au voisinage du canal central, et surtout autour des grandes cellules des centres moteurs du bulbe et de la moelle.

Certaines cellules nerveuses sont entourées d'une large zone de cellules embryonnaires formant des nodules que Babès appelle *nodules rabiques*. En même temps, les vaisseaux du bulbe sont oblitérés, ce qui donne lieu à des hémorrhagies et d'autres fois à une inflammation aiguë de la substance grise.

Séance du 17 avril. — Dans cette séance, M. Nocart fait une communication sur *le diagnostic post mortem de la rage du chien*. Il résulte de ce travail que, chez les chiens morts de la rage, on retrouve toujours des lésions très accusées sur les ganglions plexiformes des pneumogastriques, mais que ces lésions manquent souvent chez les chiens tués au cours de la rage. D'où M. Nocart conclue judicieusement que le diagnostic histologique de la rage est souvent impossible quand le chien est tué aussitôt après avoir mordu, qu'alors le diagnostic reste incertain, et que le devoir étroit du vétérinaire est aujourd'hui comme hier d'engager la personne mordue à recourir au traitement de l'Institut Pasteur.

Ce même bulletin contient une note de M. Hervieu sur *le vaccin de chèvre en Kabylie*. Il résulte de cette note que la chèvre est facilement inoculable par le vaccin de génisse ou le vaccin humain et qu'à la suite de cette inoculation, il se produit une éruption de pustules tout à fait comparable au cowpox et pouvant comme lui vacciner contre la petite vérole.

Séance du 24 avril. — Séance vide.

Séance du 1er mai. — *Guérison de la myopie sans opération*. Cette note est communiquée par le Dr Bettremieux.

Sa méthode consiste dans les instillations répétées de collyre à la pilocarpine, jointes à l'application d'un bandage ouaté compressif pendant la nuit. Ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois.

Rapport de M. Hervieu sur les instituteurs et les institutrices qui ont contribué à la propagation de la vaccine. Il y aurait peu de choses à dire de ce rapport si intercurremment il ne soulevait deux questions.

La première de ces questions est celle des vaccinations pratiquées par les instituteurs et les institutrices. J'avoue que je ne comprends pas l'objection de M. Pinard s'exclamant sur l'intervention des laïques dans la vaccination et parlant à ce propos d'exercice illégal de la médecine et d'accidents résultant d'inoculations mal pratiquées. Or, d'accidents suite de la vaccine, il n'en existe qu'un, c'est celui d'un vaccin impur. Or c'est l'Académie qui est chargée de fournir le vaccin. Il n'y a donc point de danger possible de ce côté.

La seconde question est autrement importante et difficile à résoudre c'est celle de la *vaccination obligatoire*. Deux fois saisi de cette question, le Parlement l'a rejetée comme attentatoire à la liberté individuelle. La liberté individuelle est le plus sacré de tous les droits, et certainement je n'écrirai jamais une ligne contre le respect qui lui est dû. Mais je ne puis m'empêcher d'être scandalisé des scrupules des pouvoirs publics à propos d'une question presque enfantine, quand je les vois tous les jours opprimer les droits sacrés de la liberté de conscience. Mais pour clore cette question, quand je réfléchis que la loi me contraint d'exécuter dans ma propriété les règlements sur l'*échenillage* afin de préserver les propriétés voisines, je

ne vois pas bien pourquoi on n'obligerait pas tous les citoyens à se faire vacciner pour préserver les autres de la petite vérole.

Dr P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. — LE SERVICE DES DOUTEUX A L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — II. CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE. — III. CURE D'ALIMENTATION POÉR LES TUBERCULEUX A L'HOPITAL. — IV. SUR LE DÉBUT BRUSQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LES ENFANTS. — V. FIÈVRE TYPHOIDE A DÉBUT BRUSQUE.

I

Séance du 1er Juin. — M. MOIZARD donne la description du service des douteux à l'hopital des enfants malades, service dont il est chargé depuis sa fondation (janvier 1896) et dans lequel ont passé 5,016 malades avec sept cas de contagion seulement, six rougeoles et une diphtérie ; ce dernier cas de contagion a eu lieu au moment de l'ouverture du service et depuis il n'y a eu aucun autre cas de contagion par la diphtérie.

Le principe de l'organisation du service des douteux est le système cellulaire. La salle Henri Roger, mesurant 30 mètres de longueur, sur 7 de largeur et 4 m. 50 de hauteur, était autrefois affectée à un service de médecine générale et contenait quarante lits. — Elle est largement

éclairée et ventilée par une double rangée de dix grandes fenêtres se faisant face.

Elle a été divisée, par un système de cloisons vitrées, en vingt cellules ou box, disposées autour d'un long couloir qui va d'une extrémité de la salle à l'autre. Chaque box constitue une petite chambre, dont une paroi est formée par le mur de la salle et une grande fenêtre, et les trois autres par des vitres fixées en bas sur un châssis en bois. La hauteur des cloisons qui limitent chaque box est de 2 m. 10 : elles sont fixées au plancher de la salle par des montants en fer, mais en sont séparées par un espace de 0,05 centimètres de hauteur.

Comme les box n'ont pas de plafond, ils sont largement ouverts en haut ; l'air de la salle est donc respiré par tous les malades. L'expérience de quatre années nous a démontré la justesse de l'opinion qui nie la contagiosité des maladies par l'air. En outre, cette disposition assure le chauffage de la salle par un calorifère, auquel on a ajouté, en raison de son insuffisance, quatre poëles salamandre, disposés dans le couloir central. Ce mode de chauffage nous a donné toute satisfaction, même pendant les hivers rigoureux.

Chaque box est fermé par une porte vitrée

Le système des cloisons vitrées rend la surveillance des enfants très facile ; et tout en assurant l'isolement pour chaque malade, lui permet la distraction du mouvement de la salle. Les murs sont couverts d'un enduit vernissé qui permet le lavage. Le parquet a été paraffiné de façon que toutes les fentes soient exactement bouchées

Chaque box étant ainsi limité, le mobilier, tout en fer, est des plus sommaires : un lit ou un berceau à sommier métallique, deux chaises et une table de nuit. La vais-

selle, qui sert indistinctement à tous les enfants, est soumise après chaque repas à une ébullition prolongée dans l'eau additionnée de carbonate de soude. Les cuillères, fourchettes et gobelets sont spécialement réservés à chaque malade, mais subissent la même ébullition après chaque repas. Jamais le parquet n'est balayé : on le lave avec des linges imbibés de solution de sublimé ou d'oxycyanure de mercure au 1/1000. Au niveau du parquet, l'air circule entre les différents box, la cloison qui les sépare s'arrêtant à 5 centimètres au-dessus de lui.

Lorsqu'un malade quitte un box la literie et le linge sont envoyés à l'étuve ; le lit, la table de nuit, les chaises, le parquet, les parois du box lavés à l'eau phéniquée au 1/20. Ces précautions prises, un autre malade peut lui succéder sans danger, qu'elle que soit l'affection dont il est atteint.

Dans chaque box se trouvent 4 à 5 blouses et une cuvette contenant une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 1000. Toute personne entrant dans le box revêt une des blouses qui s'y trouvent et avant de sortir se lave les mains dans la solution mercurielle; même cérémonie à chaque box.

II

Séance du 8 *juin.* — Le professeur Potain a observé dans les salles de la Charité, depuis le commencement de l'année, six cas de fièvre typhoïde consécutive à la grippe ; il les signale à la Société, espérant que ses confrères auront pu faire des observations analogues.

Chez ces six malades l'existence de la fièvre typhoïde ne pouvait faire de doute. Tous présentèrent une notable prostration, et un certain degré de stupeur, signalé en

particulier par le peu de mobilité du regard et la lenteur des réponses. Chez deux d'entre eux, cette stupeur, qui n'existait pas à l'entrée dans le service, apparut peu à peu à mesure que la maladie se caractérisait avec une céphalalgie gravative. Tous avaient la langue saburrale, rouge sur les bords et à la pointe, du ballonnement du ventre, un peu de sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite et du gargouillement limité à cette région. Les selles étaient diarrhéiques, fétides et ocreuses. Chez tous on a constaté des taches rosées lenticulaires plus ou moins nombreuses. La rate chez tous fut trouvée tuméfiée. Les mesures successivement prises suivant le grand axe ont varié de 11 1/2 à 18, et la moyenne a été de 15. De plus, on a pu constater qu'il ne s'agissait pas d'une tuméfaction accidentelle ou antérieure à la maladie présente; car on a pu chez quelques-uns suivre les phases progressives de l'accroissement, de 11 1/2 à 14 et 18, de 13 1/2 à 16, de 15 à 17, et d'autre part, constater la diminution de ce volume pendant la décroissance de la maladie, le grand diamètre s'étant alors réduit successivement de 18 à 13, de 17 à 16 et à 13, de 17 à 14 1/2 et à 11 1/2, de 16 à 15 et à 13. Le pouls, de fréquence très diverse, depuis 96 jusqu'à 120, présentait chez la plupart des malades un dicrotisme très marqué. Chez tous la pression artérielle était très abaissée, si bien que la moyenne des chiffres relevés s'est trouvée de 10 c. Hg, moyenne notablement inférieure à celle que, pour sa part, le Dr Potain a trouvée dans toutes les autres maladies aiguës et dans la fièvre typhoïde elle-même, bien qu'elle soit, de toutes les maladies aiguës, celle qui produit le plus cet abaissement. Les chiffres extrêmes ont été 7 et 17. Comme de coutume, le chiffre de la pression a décru dès l'époque de la défer-

vescence pour se relever ensuite lentement pendant la convalescence.

La température maxima a atteint chez un de nos malades 40°6. Chez un autre, elle n'a jamais dépassé 38°6. Les oscillations diurnes pendant la période d'état étaient assez accentuées, allant jusqu'à 1 et 1°5. Cette période d'état a été en général relativement assez courte; si bien que la défervescence a commencé dans trois cas le sixième jour après l'apparition des taches, une fois le cinquième jour, une fois le troisième jour, une fois le lendemain.

La défervescence s'est opérée d'une façon progressive avec une marche en général un peu irrégulière, dans l'espace de cinq à neuf jours.

Enfin, dans un de ces cas où il pouvait exister un peu d'hésitation relativement au diagnostic, la réaction de Widal a donné un résultat positif des plus nets.

Dans tous les cas, il s'était écoulé 11, 12, 16, 19, 23 et 31 jours avant l'apparition des taches lenticulaires. Chez tous ces malades, les symptômes éprouvés au début, trop violents pour être considérés comme de simples prodromes, avaient été constitués par un début brusque avec frisson plus ou moins intense, accompagné ou presque aussitôt suivi de chaleur fébrile avec fatigue, courbature générale, douleurs dans les membres, rachialgie, céphalalgie intense, c'est-à-dire le tableau bien net de la grippe.

En même temps que ces six malades, le prof. Potain observait en ville un de ses collègues qui contracta manifestement par contagion une affection laryngée, puis bronchique, qui l'obligea à s'aliter avec tous les malaises habituels de la grippe. La prostration, toutefois, prit bientôt un caractère un peu excessif; on constata l'apparition d'une tache et le séro-diagnostic donna un résultat abso-

lument positif; cette fièvre typhoïde évolua d'une façon bénigne. Il est à remarquer que sur ces sept malades, la fièvre typhoïde s'est manifestée sous une forme assez bénigne, ce qui tendrait à faire porter un pronostic plutôt favorable dans les mêmes circonstances.

M. Ménétrier a observé plusieurs cas paraissant bien être des fièvres typhoïdes consécutives à la grippe; deux observations lui paraissent particulièrement démonstratives; l'une qui a été rapportée dans la thèse de M. Sabatier : rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde; l'autre qu'il lit à la société, et dans laquelle, la double évolution morbide semble très nettement caractérisée; la grippe d'abord avec une fièvre peu intense, des phénomènes de catarrhe assez diffus et surtout la courbature générale si spéciale à cette forme morbide; et, comme signes négatifs d'égale valeur dans l'établissement du diagnostic, l'absence de taches, de réactions agglutinante, de diazo-réaction. La fièvre typhoïde vient ensuite, courte, mais présentant comme un résumé de tous ses phénomènes les plus typiques, l'ascension thermique en échelons, les phénomènes abdominaux, les taches, la réaction agglutinative du sérum et la diazo-réaction des urines.

M. Rendu a observé deux cas très nets de fièvre typhoïde consécutive à la grippe.

Le premier dans sa propre famille; le père, la mère et les cinq enfants présentèrent, à la fin de janvier dernier, tous les signes de la grippe, relativement assez bénigne ; un des enfants, un collégien de 15 ans, était à son dixième jour de grippe quand il fut pris de céphalée, de saignements de nez, etc.; une fièvre typhoïde évolua d'une façon régulière et bénigne.

Le second fait fut observé dans une famille d'ouvriers, à peu près à la même époque.

Le père, la mère et les trois garçons furent successivement atteints avec les mêmes symptômes, l'angine et le coryza initial, la trachéite, la courbature générale. Un des garçons, qui était en apprentissage chez un patron, en dehors de sa famille, et qui y revenait prendre ses repas le soir, présenta les mêmes symptômes que ses frères, et dut s'aliter pendant cinq ou six jours. Il était mieux et il avait repris son travail, quand il se sentit de nouveau mal à l'aise et fiévreux. Sans tousser davantage, il perdit l'appétit, et, pendant plusieurs soirs de suite, eut des accès fébriles pendant lesquels le thermomètre montait à 39 degrés, 39°5 et même 40 degrés. En même temps s'accentuèrent l'inappétence, les nausées, la diarrhée, le tympanisme abdominal. Vers le dixième jour de ces malaises apparurent les taches rosées caractéristiques. L'examen du séro-diagnostic confirma la réalité de la fièvre typhoïde.

La dothiénentérie évolua chez lui d'une façon sévère. Pendant trois semaines il resta extraordinairement prostré, dans un mutisme absolu, ayant une diarrhée modérée, mais des selles ocreuses, urinant des urines albumineuses et finalement présentant une otite suppurée qui fut longue à guérir.

M. Siredey a observé un cas analogue terminé d'une façon plus malheureuse ; il s'agit d'un de ses bons amis, qui a succombé à une fièvre typhoïde consécutive à la grippe. Il venait d'être reçu médecin des hôpitaux après une année très fatigante par les tracas du concours, par

la maladie et la mort de son père, par le surmenage de la clientèle de l'hôpital.

M. Widal a vu trois fois la fièvre typhoïde survenir à la suite de la grippe pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler. Chez ces trois malades la dothiénenterie a évolué d'une manière assez bénigne.

Il veut faire remarquer en passant que la diazoréaction ne peut pas être considérée comme un élément de diagnostic sérieux entre la fièvres typhoïdes et la grippe, car elle peut manquer dans certaines fièvre typhoïde et on peut la rencontrer dans un grand nombre d'états fébriles, en particulier dans la grippe avec pneumonie, dans la tuberculose, la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, etc. Il reviendra, du reste,sur cette question ; les recherches qu'il a faites à ce sujet lui permettront de tirer de la diazoréaction un signe pronostique dans la fièvre typhoïde.

M. Le Gendre a observé aussi deux cas typiques de fièvre typhoïde évoluant à la suite de la grippe. Le premier chez son interne, qui, à la suite d'une grippe légère, présenta une fièvre typhoïde grave suivie d'une rechute ; le second, chez un malade de son service entré pour une grippe avec pneumonie, qui dans sa convalescence, au moment où il allait partir pour Vincennes, fut pris d'une fièvre typhoïde.

Il y aurait lieu de se demander si l'infection grippale met les malades dans un état de receptivité particulière pour le bacille d'Eberth.

III

M. Letulle vient rendre compte de sa pratique à l'hô-

pital dans les deux pavillons de l'hôpital Boucicaut réservés à la tuberculose ; il parle seulement de l'alimentation de ses malades, l'alimentation étant un des facteurs principaux de la cure de la tuberculose.

Il a pu obtenir de l'administration un régime spécial pour ses tuberculeux, qui font six repas par jour.

A 5 heures et demie au réveil, du thé au lait.

A 8 heures, soupe et poudre de viande.

A 11 heures, trois plats.

A 3 heures, viande froide et viande crue.

A 5 heures et demie, soupe et trois plats.

A 8 ou 9 heures du soir, du lait.

La poudre de viande, la viande crue et les œufs servent d'aliments supplémentaires ; malheureusement l'administration est très parcimonieuse, puisque d'après les calculs de M. Letulle, ses malades n'ont pas reçu un œuf par jour.

En outre, il a fait afficher la liste des aliments défendus, autorisés et recommandés pouvant être apportés par les visiteurs ; les malades tirent ainsi de grands avantages pour leur alimentation.

Les résultats ne sont vraiment avantageux que pour les tuberculeux arrivant à l'hôpital soit au début de leur maladie, soit dans un état peu avancé ; pour les autres qui arrivent avec des cavernes, avec la fièvre, usés par la misère, les résultats ne peuvent être favorables. Pour les premiers surtout, le séjour à l'hôpital et l'alimentation produisent d'ordinaire un engraissement assez rapide et une amélioration. Le cacodylate de soude en injection lui paraît aussi avoir une action très favorable.

En général, les courbes régulièrement ascendantes, même à la période cavitaire de la maladie, ont une valeur pronostique remarquablement favorable, pour peu que

l'accroissement se prolonge au delà de la huitième ou neuvième semaine. Un plateau s'établissant après la douzième semaine, c'est à-dire à la fin du troisième mois, n'a rien que de naturel, si les bénéfices de poids sont grands, eu égard à la taille du sujet, à son âge et à son poids normal (connu avant le début de la maladie).

Les courbes qui, tout en montant, subissent des oscillations étendues, non pas accidentelles (comme celles que produisent, d'ordinaire, l'apparition des règles), mais réitérées, sont d'un mauvais pronostic. Ces bénéfices ne tiennent pas, si l'on peut ainsi dire, et les chutes sont aussi fréquentes et aussi graves que les guérisons se montrent rares.

Un autre point mérite d'être signalé. Pour un grand nombre de malades améliorés et ayant repris un chiffre important de kilog , le moindre à coup est l'occasion d'une perte considérable, une grippe, une angine catarrhale, un furoncle, etc.

Voici les conclusions de M. Letulle :

1° La cure d'aliments, à l'hôpital, est facile, peu coûteuse, souvent des plus favorables, quelle que soit la période de la maladie pulmonaire.

2° Les tuberculeux jeunes bénéficient le plus largement de la cure hygiénique à l'hôpital.

3° L'accroissement de poids se manifeste surtout pendant les quatre à six premières semaines de l'hospitalisation.

4° Lorsque la courbe se signale par un plateau survenant, après un accroissement notable, le départ du malade pour la campagne est nécessaire, l'hôpital ayant donné le maximum qu'on peut attendre de lui.

5° Les tuberculeux hommes paraissent bénéficier beau-

coup mieux que les femmes de la cure d'aliments à l'hôpital.

M. Rendu trouve très intéressants les documents que vient d'apporter M. Letulle à la question de l'hygiène et de l'alimentation des tuberculeux. Il est d'avis, comme lui, qu'après la première amélioration obtenue à l'hôpital, il y aurait lieu d'envoyer le malade dans un sanatorium ou à la campagne, pour obtenir soit une amélioration plus grande, soit la persistance des résultats obtenus, qui auront tendance à disparaître par la persistance du séjour dans un air vicié.

A ce propos il fait remarquer combien les tuberculeux améliorés par le repos et le régime, et commençant à être fatigués du séjour à l'hôpital, étaient utilement envoyés en convalescence à Vincennes. Il y a donc lieu de regretter la mesure draconienne prise à leur égard par l'administration, qui rejette brutalement les tuberculeux sur le pavé à leur sortie de l'hôpital, lorsque tous les vagabonds de Paris, les eczémateux, les blennorrhagiques bénéficient de l'asile de Vincennes.

IV

M. Sevestre, à propos d'une remarque de M. Widal dans une communication précédente au sujet du début brusque de la fièvre typhoïde chez un de ses clients, adolescent, rapporte qu'il a constaté, chez un certain nombre de petits malades, le début brusque dans la fièvre typhoïde.

Il cite deux cas à l'appui : le premier a pour sujet une petite fille de 5 ans, qui fut prise, un jour, à deux heures de l'après-midi, de vomissements avec céphalalgie intense et fièvre. Le thermomètre accusait 39°6 et montait le soir

à 40°; or il avait vu la petite malade les jours précédents, elle se portait très bien et avait même déjeuné comme à l'ordinaire le jour du début de sa maladie. Chez cette enfant, le diagnostic resta plusieurs jours en suspens parce que, comme cela arrive assez souvent chez les enfants, elle était constipée.

Le second cas se rapporte à une fillette de 12 ans qui fut prise, le 27 janvier dernier, au milieu de la journée, de vomissements et de mal de tête: le soir elle avait 40° dans l'aisselle et pendant quinze jours elle eut une température supérieure à 40°. Les jours précédents, elle était absolument bien portante.

M. Sevestre a observé plusieurs cas analogues et il a pensé utile de rappeler que la fièvre typhoïde chez les enfants a assez souvent un début brusque.

V

M. Widal, revenant sur la même question, passe en revue plusieurs observations de début brusque de la fièvre typhoïde; il en a relevé 6 cas depuis quatre ans sur un nombre considérable d'observations.

Sur ces 6 cas, il n'y eut qu'une mort, le quatorzième jour; il s'agissait d'une fièvre typhoïde étant survenue chez un tuberculeux : l'autopsie montra des lésions de tuberculose ancienne et les lésions classiques de la fièvre typhoïde.

Une autre observation est remarquable par son début; il s'agissait d'un jeune pâtissier de 17 ans, qui, un soir de 14 juillet, en pleine santé, ne présentant pas le moindre malaise, dansa pendant plusieurs heures. Il ressent en rentrant chez lui un grand frisson, une violente céphalalgie, et dès le lendemain était retenu au lit par la fièvre.

M. P. Merklen a observé l'année dernière un cas des plus nets de fièvre typhoïde à début brusque chez une fillette âgée de 9 ans.

M. Edg. Hirtz rappelle que Guéneau de Mussy avait signalé que la maladie pouvait débuter avec violence et d'emblée après des fatigues et des exercices physiques excessifs.

Il rapporte trois observations de début brusque, dont l'une se rapproche de celle de M. Widal; il s'agissait d'un garçon pris brutalement de fièvre, frissons, courbature, le lendemain du 14 où il avait dansé une partie de la nuit.

M. Vincent dit que les fièvres typhoïdes à début brusque sont assez communes dans les pays chauds, à Alger, par exemple, où on a émis l'hypothèse que ce début se voyait surtout chez les sujets entachés de paludisme; mais les cas observés en France, et cela se rencontre encore assez souvent chez les jeunes soldats, ne permettent pas d'admettre cette étiologie.

Il lui a paru que, chez ses malades d'Algérie, les fièvres typhoïdes à début brusque avaient une symptomatologie plus grave. Il demande si les malades de M. Widal ont offert la même particularité.

Les malades de M. Widal, sauf le tuberculeux, ont tous guéri et la marche de la maladie a été en général normale et bénigne.

M. Sevestre rappelle que certains auteurs ont considéré le début brusque comme en rapport avec une forme grave de la maladie; il ne pense pas que cette opinion soit toujours exacte, car il a vu plus d'une fois des fièvres typhoïdes bénignes à début brusque.

M. Rendu, à propos des cas signalés par ses collègues de

fièvre typhoïde à début brusque survenues après des excès, de danse et des efforts musculaires répétés, raconte qu'il y a quatre ans, se trouvant en vacances dans les Hautes-Alpes, il voyait de près les manœuvres d'un bataillon de chasseurs alpins. A la suite d'une marche longue pour franchir une côte difficile, 4 hommes du bataillon furent pris le lendemain matin, de fièvre, de mal de tête et d'état saburral; le major et M. Rendu conclurent à un embarras gastrique, mais il s'agissait bel et bien de fièvres typhoïdes qui furent assez graves. Or, dans le village où étaient campés ces soldats, il n'y avait pas de fièvre typhoïde et il n'y en avait pas eu jusque-là dans le bataillon.

Le surmenage pouvait avoir éveillé le microbisme latent.

M. Vincent appuie cette manière de voir et dit que dans l'épidémiologie militaire ces cas sont assez fréquents.

M. Moutard-Martin rapporte sa propre observation de fièvre typhoïde à début brusque étant survenue le surlendemain d'un excès de danse.

M. Siredey signale le surmenage intellectuel comme ayant une action analogue au surmenage physique ; il a observé plusieurs cas de fièvre typhoïde chez des jeunes gens au moment où ils se présentaient à l'Ecole polytechnique ou à l'Ecole centrale et dont la maladie débutait le soir même ou le lendemain de la composition écrite ; il a observé la même chose, chez un de ses amis, qui s'alitait le jour de sa composition écrite pour l'internat.

Dr Marc Jousset.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

AOUT 1900

INAUGURATION DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

Le samedi 21 juillet, la plupart des membres du Congrès international d'homœopathie se pressaient autour du monument de notre maître S. Hahnemann au Père-Lachaise. Un grand nombre de partisans de l'homœopathie s'étaient joints à eux et c'est en présence d'un auditoire imposant que M. le Dr Cartier, secrétaire de la Commission du monument, M. le Dr de Brasol, président de la Commission et M. le Dr Léon Simon, remplaçant le Dr P. Jousset, indisposé, ont prononcé les discours suivants :

Dr Cartier :

Messieurs,

Hahnemann est là ! Et si certains d'entre vous élèvent dans un instant des critiques sur le Monument, il y a devant vous quelque chose de plus précieux que la finesse d'un granit, de plus grand qu'un vaste emplacement, de plus riche que les plus laborieuses ciselures ; sous ce monument repose le corps de notre vénéré maître !

Les difficultés semblent avoir rendu ce tombeau plus précieux encore. Douze longs mois se sont écoulés avant

de pouvoir obtenir l'autorisation des ayants droit et lorsque nous fûmes autorisés à agir, il fallut chercher dans le renommé cimetière du Père-Lachaise, où l'on enterre depuis plus d'un demi-siècle, un endroit digne du fondateur de l'homœopathie. Je n'hésite pas à le dire, le lieu où repose Hahnemann, en plein centre historique du Père-Lachaise, à l'intersection de trois routes, au milieu d'un décor de verdure admirale, est une véritable trouvaille.

La souscription internationale a atteint près de 19.000 fr. mais de cette somme, il a fallu défalquer de nombreux frais, achat d'un supplément de terrain fort dispendieux, droits d'exhumation et d'inhumation du corps, frais de propagande, diminution dans le change de certaines monnaies étrangères dépense du concours de marbriers, frais divers du secrétaire général, etc., etc., bref, tel que vous le voyez, le monument revient à 16.400 francs.

Le buste en bronze a été offert par l'hôpital Saint-Jacques; il y a quelques jours seulement, M. Cloquemin, ami et conseiller de feu Mme la baronne de Bœnninghausen, m'avertit qu'elle avait fait don du buste de Hahnemann, le buste authentique en marbre du sculpteur David d'Angers, au tombeau du Père-Lachaise. Le buste en bronze actuel était déjà placé, et comme de nombreuses difficultés surgissaient, et que le marbre se serait altéré plus rapidement que le bronze en plein air, le comité a décidé de conserver le buste actuel. L'authentique de David d'Angers reste donc entre les mains de M. Cloquemin.

Dans cette circonstance, nous avons eu l'extrême bonheur d'être puissamment aidé au point de vue pécuniaire par des personnes zélées. Notre dévoué Président, M. le Dr de Brasol, ainsi que Mme de Brasol, ont eu l'ingénieuse

idée de donner chez eux une soirée musicale payante, dont le produit a été destiné au tombeau; presque toutes les sociétés homœopathiques ont envoyé leurs dons; en dehors de notre patrie, il convient de citer en premier lieu les sociétés russes, l'Academia medica homœopathia de Barcelone, la Société belge, la British homœopathic society, les médecins et pharmaciens allemands, grâce à l'heureux concours de M. le Dr Mossa, et de son journal l'*Allgemeine Zeitschrift für homœopathy*, l'association homœopathique de Leipzig; les sociétés homœopathiques du Mexique, de Colombie, de la Hollande, de l'Italie, du Danemark, enfin quelques sociétés homœopatiques des Etats-Unis.

Nous remercions également les éditeurs des journaux homœopathiques qui ont dressé des souscriptions particulières dans leurs feuilles, M. Trichon, dans les *Annales homœopathiques*, M. le Dr Clarke dans l'*Homœpathic World*, M. le Dr Kraft, dans l'*American homœopathist*, la pharmacie Costa, à Lisbonne, etc.

Nous devons faire une mention spéciale de deux généreux souscripteurs : M. le Dr Walter P. Wesselhœft, de Boston, a envoyé 100 dollars; M. le Dr Miguel Velasco y Velasco, du Guatemala, recueillit avec le concours de ses clients et de ses amis, une somme de 1.350 francs; c'est un exemple touchant de générosité spontanée.

Je terminerai, Messieurs, en exprimant tous nos regrets de ne pas voir à nos côtés, un des membres du Comité, M. le Dr Bushrod James, de Philadelphie, auquel nous adressons des remerciements sincères pour tous les efforts qu'il a faits dans son pays pour aider notre souscription, au moment où l'Amérique reconnaissante élevait à Hahnemann, dans la capitale des Etats-Unis, un monument de 300.000 francs!

Dr DE BRASOL :

Mesdames, Messieurs,

Notre dernier Congrès international, tenu à Londres en 1896 et coïncidant avec le centenaire de l'homœopathie, a décidé de célébrer un événement aussi marquant que le centenaire d'une des plus importantes réformes dans l'art de guérir par l'érection d'un monument sur la tombe du fondateur de l'homœopathie. Afin d'effectuer cette décision du Congrès, une Commission exécutive internationale a été élue et le compte-rendu de ses opérations vient de vous être lu par son secrétaire. Comme président de la Commission j'ai aujourd'hui le bonheur de dire que notre tâche est terminée. La dette d'honneur et de profonde vénération envers notre maître bien aimé est acquittée et, sur sa nouvelle tombe, un beau monument est érigé par ses disciples reconnaissants en mémoire du centenaire de l'existence de sa doctrine. Comme vous venez de l'entendre, toutes les contrées de l'Univers ont pris part au projet d'immortaliser la mémoire d'Hahnemann et l'érection de ce mausolée est réellement une œuvre internationale.

Messieurs, Hahnemann est mort en 1843, son enveloppe terrestre est détruite et les restes fragiles du grand réformateur de la science médicale n'ont pas pu résister, hélas ! à l'action toute puissante du temps. Mais la partie de son être qui survit à sa dépouille ne périra pas ; elle s'est incarnée dans sa doctrine, qui actuellement s'est propagée dans toutes les parties du globe, et l'esprit de l'école fondée par lui revit dans ses disciples ; la preuve en est évidente dans le brillant Congrès qui vient d'avoir lieu. Ainsi les fruits du génie médical d'Hahnemann ne sont

pas sujets à la mort, ils sont impérissables comme la vérité, sur laquelle est fondé son enseignement, Hahnemann a ébranlé de sa main puissante l'édifice compliqué de la médecine du moyen âge; il a définitivement renversé l'idée de vouloir prendre pour base d'une thérapie scientifique des hypothèses conjecturales sur l'essence intérieure ou la cause intime des maladies. Il nous a donné en échange une règle simple et claire, basée sur l'expérience, pour trouver le remède ou le médicament spécifique pour chaque cas individuel de maladie; en même temps il a établi le principe d'expérimentation pure des médicaments sur l'homme sain pour découvrir leurs vertus spécifiques, et ce principe donne la clé de la réforme scientifique et du perfectionnement de notre matière médicale. La grande réforme d'Hahnemann consiste donc dans la création d'une thérapie positive, non doctrinaire, éloignée de tout arbitraire et de l'influence de la mode, mais ne répondant qu'aux faits et aux lois. Les faits sont les phénomènes ou les manifestations réelles des maladies naturelles et de l'action physiologique des médicaments, reconnus par l'entremise de nos sens armés de tous les moyens d'investigation du diagnostic et de la pharmacologie. La loi, c'est la corrélation qui doit exister entre les phénomènes de la maladie et les phénomènes de l'action physiologique du médicament, afin que ce dernier puisse guérir la première. Hahnemann a trouvé que cette corrélation doit être celle de réciprocité ou de *similitude*, en d'autres termes le médicament, afin de guérir la maladie, doit lui être homœopathique. Il nous a dit : Cherchez et donnez au malade le médicament qui chez l'homme sain produit une maladie semblable, et sa maladie sera guérie. Depuis lors, cette méthode d'appliquer les médicaments

a été vérifiée et confirmée un nombre infini de fois, et le résultat en a été toujours la guérison ou le soulagement de la maladie. Mais l'obtention de résultats uniformes dans des conditions uniformes caractérise justement les lois de la nature, et c'est ainsi que la règle initiale d'expérience proposée par Hahnemann pour le traitement des maladies, *similia similibus curentur*, que vous verrez ici gravée en lettres ineffaçables pour jusqu'à la fin des siècles, fait actuellement force de loi ; et par l'établissement scientifique de cette loi, Hahnemann s'est acquis l'immortalité.

Quelle est réellement la découverte qui, par son importance, peut surpasser celle qui a pour but de soulager les misères de notre corps ? Quelle gloire terrestre peut égaler celle de la découverte de la loi de guérir ? Et quelle gratitude infinie ne devons-nous pas au grand maître pour avoir donné à ses disciples une arme si puissante et si victorieuse pour combattre les souffrances humaines ? En quoi donc doit s'exprimer notre gratitude ? Sans contredit, dans le devoir moral de travailler au perfectionnement de la science fondée par le maître, non en se conformant à la lettre morte de sa parole, mais en cultivant le champ positif de sa doctrine et en enrichissant notre matière médicale. Que chacun d'entre nous, dans nos travaux collectifs, apporte sa part de peine, chacun selon ses forces, ses aptitudes et sa vocation ; et l'heure ne tardera pas à venir où la grande découverte d'Hahnemann deviendra la propriété, non d'une petite minorité, mais de la grande majorité de la grande corporation médicale tout entière.

Que la vérité triomphe ! Que la clarté de la loi des semblables brille, afin que tous ceux qui ont des yeux puissent

la voir! Et que le nom de Samuel Hahnemann soit éternel dans l'histoire de la science médicale et dans les cœurs de ses descendants reconnaissants!

(*Ici on dévoile le monument*).

Le Comité international a l'honneur de transmettre cette œuvre internationale à la Société française d'homœopathie, avec la confiance parfaite que la Société apportera autant de soin à la conservation de ce beau monument qu'elle a déployé de zèle pour la propagation et le développement de la doctrine du fondateur de l'homœopathie.

Dr Léon Simon :

Mesdames, Messieurs,

Dans les événements les mieux préparés il arrive souvent des accidents qu'aucune volonté humaine ne saurait empêcher. C'est ainsi qu'une indisposition, momentanée je l'espère, du Dr P. Jousset, président du Congrès et de la Société française d'homœopathie nous prive aujourd'hui de son éloquente parole. Il se trouve que celui qui tient inopinément sa place, sans le remplacer, est le même qui, grâce à vos suffrages, présidait il y a deux ans la Société française d'homœopathie, au moment de la translation des restes de notre maître Hahnemann. Aussi est-ce avec un affectueux respect que je salue celui dont l'amitié honora mon grand père et qui vit mon père faire ses premiers pas dans la carrière. Devant cette tombe sous laquelle il repose, devant ce monument aussi bien conçu qu'exécuté, nous sentons tous combien nous devons de reconnaissance au comité qui a travaillé à son achèvement et je lui adresse en votre nom un cordial

merci. Les Drs de Brasol, Cartier, Richard Hughes et Bushrod James ont bien mérité de l'homœopathie.

Désormais des visiteurs venus de tous les points du globe défileront devant cette tombe. Que leur dira-t-elle ? A ceux venus de contrées plus ou moins lointaines elle dira : Courage ! Soyez les bienvenus. A nous, Français, qui recevons ce dépôt sacré et qui prenons la responsabilité de sa conservation, elle dira un seul mot, mais un mot impératif, que nous devons considérer comme un ordre ; elle nous dira : Souvenez-vous !

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOMŒOPATHIE

DE L'EXPOSITION DE 1900

STICTA PULMONARIA

ÉTUDE DU MÉDICAMENT CONTENANT UN RÉSUMÉ D'EXPÉRIMENTATIONS ORIGINALES, AVEC LE RAPPORT DE HUIT EXPÉRIMENTATEURS ET UN ARRANGEMENT DE LEURS RÉSULTATS D'APRÈS LE SCHÉMA HAHNEMANNIEN

Par W. A. DEWEY,
Docteur-médecin
Professeur de matière médicale à l'Université de Michigan.
(*Ann Arbor. Michigan*)

STICTA PULMONARIA

SYNONYMES. — Laboria pulmonaria; lichen pulmonaria; pulmonaria reticulata.

NOMS VULGAIRES. — Lichen pulmonaire; pulmonaire des arbres; poumons de chêne; mousse pulmonaire.

DESCRIPTION BOTANIQUE. — Coriace, mou, rameux, réti-

culé, d'une couleur vert sombre ou olive, à la face supérieure ; tomenteux à la face inférieure, avec des taches blanches lisses ; des lobes allongés, séparés, sinueux, rétus, tronqués ; apothécie (couronne de fruits) sous-marginale, rougeâtre. Ce lichen est commun et pousse sur les troncs d'arbres, sur les montagnes et dans les forêts. Un spécimen du lichen, qui a servi aux expérimentations originales, montre qu'il s'agit bien du *sticta pulmonaria* et non du *sticta sylvatica* qui était le nom employé par l'expérimentateur. Le *sticta pulmonaria* est aisément distingué du *sticta sylvatica* par les taches surélevées, lisses, qui existent sur la face inférieure, le reste étant comme laineux. Le *sticta sylvatica* a des dépressions. Le *pulmonaria* est presque toujours trouvé sur des arbres, le *sylvatica* jamais ou très rarement. Il se rencontre dans le New England, la New-York, la Pensylvanie et les autres Etats du Nord. La pulmonaire des formulaires est une plante différente, le *pulmonaria officinalis*.

Parties employées. — Le lichen frais poussé sur l'érable à sucre (Sugar maple). Il est finement haché et mêlé avec 5 volumes d'alcool dilué et placé pendant huit jours dans un endroit frais et sombre ; puis décanté, comprimé et filtré. Le résultat donne la teinture.

Historique. — Le *sticta pulmonaria* est ainsi appelé du grec στικτος à cause de ses taches. Il a été employé dans les affections du poumon et a des propriétés nutritives semblables à celles de la mousse d'Islande. Il est employé, d'après Lindley, en Sibérie, pour donner le goût amer à la bière.

Il a été expérimenté pour la première fois sous le nom

de *sticta sylvatica*, par le Dr S. P. Burdick, de New-York, en 1863. Il n'en est pas question dans les matières médicales de l'école allopathique.

Les expérimentations du Dr Burdick et celles du Dr Lutes ont été incorporées à l'encyclopédie d'Allen et aussi à la Cyclopœdia of drug pathogenesy.

Dans le but de donner l'état complet de la question, nous les reproduisons ici mot à mot.

Expérimentations. — Le Dr Burdick prit, le 9 novembre 1859, à 7 heures du matin, X gouttes d'une forte teinture. Au bout d'une heure, douleurs aiguës et lancinantes dans les bras, les jambes et les épaules, commençant dans les muscles des bras, gagnant les jointures des doigts et les épaules, puis les cuisses, les genoux et les doigts de pied. En même temps sensation de lourdeur dans la tête, avec douleurs aiguës et lancinantes à travers le vertex, le côté de la figure et la mâchoire inférieure. Il y avait une sensation de lourdeur à la racine du nez et dans l'hypochondre gauche. Ces symptômes étaient très marqués; ils continuèrent pendant deux ou trois heures et furent suivis d'une sensation générale de lourdeur durant deux ou trois heures.

Le lendemain, à la même heure, il répéta la dose, qui fut suivie de symptômes semblables; il y avait aussi une douleur d'oppression à la région cardiaque, une légère oppression du poumon et une douleur sourde dans l'hypochondre droit.

Le 11, à 8 heures du matin, il prit XX gouttes. Au bout d'une heure, il ressentit la lourdeur précédente dans la tête, avec lourdeur pressive au front et à la racine du nez; douleurs lancinantes dans les tempes, brûlure des

paupières avec sensibilité du globe de l'œil en fermant ou en tournant les yeux. Il y avait des douleurs de brûlures, de morsures et de coups par tout le corps; des douleurs lancinantes, dans la seconde jointure du doigt du milieu; une difficulté pour appliquer son esprit sur un sujet quelconque : confusion générale des idées. Les symptômes précédents augmentèrent d'intensité pendant la journée, et la plupart d'entre eux persistèrent jusqu'au 18, sans répéter la dose.

Le Dr C. H. Lutes prit, pendant deux jours, la deuxième dil. décimale en augmentant la dose de V à LX gouttes. Il n'y eut aucun effet ainsi qu'avec la 1re décimale prise de la même manière, pendant le même temps. Le 6 février, il commença à expérimenter la teinture, prenant V gouttes le matin à 8 heures et X gouttes à midi et le soir. Le 7, il prit XV gouttes à 10 heures du matin; à midi, léger mal de tête frontal, intermittent, avec sensation de plénitude. A midi et demi, il prit XV gouttes. A deux heures, le mal de tête augmente, plus fort à la région sus-orbitaire droite; à trois et à quatre heures, le mal de tête est encore pire, semble s'étendre à travers le cerveau, pire du côté droit. Sensation générale de fatigue, esprit inactif; il ne peut réunir ses pensées. Le 8, à 7 heures du matin, XXX gouttes; 10 minutes après, douleur dans la tempe droite, profonde, élançante, intermittente. A 8 heures, la douleur de tête augmente, s'étend au front, à la région pariétale droite, comme si elle siégeait profondément dans le cerveau. A 9 heures, il prend XL gouttes. A 11 heures, le mal de tête augmente, plus fort à la région sus-orbitaire droite, douleur de pesanteur, intermittente; les yeux paraissent lourds; l'esprit inactif; impossibilité de

concentrer ses pensées; sensation comme si la peau du crâne était trop petite ou devenue trop serrée. A 2 heures, il prend LX gouttes; à 5 heures, le mal de tête est devenu tout à fait intolérable, et semble s'étendre à travers le cerveau.

Le Dr Burdick (*loc. cit.*), raconte qu'une dame, aussitôt après avoir pris la première décimale, dit qu'elle sentait la médecine en elle. Une minute après, elle disait qu'elle sentait comme si sa jambe gauche flottait dans l'air, sentant la lumière et les espaces, sans aucune sensation de reposer sur son lit. Ce symptôme persista un peu de temps, puis disparut graduellement. Le Dr Lilienthal observa un cas semblable : une jeune fille de 12 ans, ayant une légère attaque d'influenza, n'ayant pas dormi la nuit précédente, pris quelques globules de *sticta* (dilution non désignée) le soir. Après en avoir pris, elle devint très animée, sentit comme si elle voulait s'élancer, « seulement pour rire », et, étant étendue, frappait ses talons l'un contre l'autre disant qu'elle ne pouvait s'en empêcher et qu'elle sentait exactement comme si elle voulait s'envoler dehors.

De cette pauvre pathogénésie, on a développé tous nos usages de ce médicament.

En quelques mots, ils semblent être comme suit :

1° *Affections catarrhales.* — Puisqu'il cause un coryza, de violents éternuements, un mal de tête intense et de la conjonctivite. Il est spécialement employé lorsque la sécrétion sèche rapidement et lorsqu'il y a un besoin irrésistible de saigner du nez sans résultat. Il a été employé avec succès dans la fièvre des foins, l'influenza, l'ozène

(œzéma), les toux de la phtisie, de la laryngite, de la bronchite, les toux qui sont incessantes et torturantes, particulièrement dans les toux persistantes qui suivent la rougeole.

2° *Affections rhumatismales* de différentes jointures, mais plus spécialement dans les inflammations des bourses séreuses et dans les affections des genoux. Il semble correspondre à un rhumatisme plus aigu que celui qui demande *caulophillum*, lorsqu'avec les grandes jointures, les plus petites sont atteintes; il y a raideur des doigts, pire après le mouvement comme *bryonia*. Le Dr Price le proclame presque comme le spécifique de l'hydarthrose du genou et on a rapporté de nombreuses observations paraissant confirmer son efficacité.

Les symptômes pulmonaires ont toutefois été les principales indications pour son emploi et ses symptômes de toux sont ainsi établis d'une façon concise par mon ami et compagnon d'études, le Dr M. D. Youngman, d'Atlantic City.

1° Il est indiqué dans les toux âpres, torturantes, incessantes sans résultat (improfitable), du type spasmodique.

2° Il est particulièrement adapté aux personnes nerveuses, rhumatismales, goutteuses.

3° Il agit mieux dans les cas subaigus et chroniques.

4° Il est mieux approprié à la vieillesse.

5° Il adoucit l'irritation, calme les tissus irrités, diminue les conditions d'hypéresthésie de la membrane muqueuse respiratoire et procure le sommeil.

6° Il est digne d'être expérimenté dans la coqueluche.

Ce qui précède est tout ce qui est pratiquement connu aujourd'hui sur les usages de ce médicament et nous l'avons donné comme préface à ce qui suit.

L'objet de ce mémoire est de présenter les résultats de quelques expérimentations faites l'hiver passé au département homœopathique de l'Université du Michigan sous la direction de l'auteur. Ces expérimentations peuvent seulement être considérées comme des fragments et sont, nous l'espérons, comme l'introduction d'expérimentations plus complètes qui seront faites l'année qui vient. Il est tout à fait probable que de généreux fonds seront mis de côté pour parfaire ce travail dans l'avenir.

La préparation employée dans ces expérimentations a été généreusement fournie par MM. Bœricke et Tafel, de Philadelphie.

Expérimentateur n° 1.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

Nom : C. M. W.
Sexe : masculin.
Age : 25 ans.
Hauteur : 6 pieds (1 mètre 82).
Poids : 169 livres (77 kil. 666).
Tempérament : nerveux.
Yeux : noirs.
Cheveux : noirs.
Teint : brun.

Bonne digestion ; bon état général ; intestins réguliers, avec une tendance au relâchement les matins qui suivent les soupers à minuit. Habitudes régulières, peu de tabac et de stimulants.

Antécédents de famille : tuberculose chez les grands-parents ; mère morte de méningite tuberculeuse.

Un rapport de sa propre observation pendant la semaine précédente, du 10 au 17 janvier, ne contient aucun symptôme, sauf une diarrhée du matin après un souper la nuit précédente (10 janvier) et une légère fatigue après une journée d'un rigoureux travail (16 janvier). Pouls constamment à 70 ; température prise chaque jour en moyenne à 98.2 (36°7), urine normale.

1re série d'expériences.

Il prend une tablette (granule ?) de la 3 dil. déc. toutes les trois heures.

17 janvier. — 4 doses, aucun symptôme.

18 janvier. — 7 doses ; se lève avec une douleur gravative sur la troisième et quatrième vertèbre lombaire, la souffrance continue toute la journée, soulagée en se tenant debout et en se pliant en avant.

19 janvier. — 6 doses. La douleur gravative du dos continue encore ; à 9 heures du soir, douleur dans la glande sous-maxillaire droite, augmentée par la pression ; la douleur du dos est mieux.

20 janvier. — 5 doses. La douleur du dos est mieux, presque disparue. La douleur dans la glande sous-maxillaire droite, augmentant à la pression, persiste toute la journée.

21 janvier. — 6 doses. Sensation de contusion dans les muscles, particulièrement en fléchissant et en étendant les avant-bras.

22 janvier. — 2 doses ; se sent fatigué.

23 janvier. —Pas de médicament. Orgelet à la paupière

supérieure gauche. Moyenne de la température de la semaine 97.8 (36°5.) Moyenne du pouls, 72.

2e série.

1 tablette de 2 dil. déc. toutes les trois heures.

24 janvier. — 5 doses. L'orgelet disparaît.

25 janvier. — 5 doses. Légère douleur dans la région dorsale inférieure. A 9 heures du soir, les yeux sont fatigués et troubles, bien qu'il n'ait rien lu. L'œil droit paraît fatigué comme s'il y avait un corps étranger sous la paupière supérieure. Toux spasmodique étant au vent.

26 janvier. — 6 doses. Aucun symptôme.

27 janvier. — 5 doses. Rêves la nuit précédente ; la peau a une apparence de jaunisse ; nombreux gaz dans les intestins ; toux paroxystique après avoir été au froid quelques minutes. Yeux fatigués et troubles.

28 janvier. — 5 doses. Sensation dans l'œil droit comme si un corps étranger se trouvait sous la paupière supérieure. A midi, diarrhée, en petite quantité, vert foncé. Sensation de toile d'araignée dans les yeux, principalement à droite ; à 9 heures du soir ; très somnolent, ne peut rester éveillé (contre son habitude).

29 janvier. — 6 doses. Coryza, même sensation d'enflure à la paupière supérieure de l'œil droit, sans rougeur. L'apparence de jaunisse a continué pendant les derniers jours. A 6 heures du soir, l'œil droit paraît plus normal, quoiqu'il sente encore comme s'il y avait quelque chose dedans. Sensation de froid sur les poumons.

30 et 31 janvier. — Ni médicament ni symptômes.

3e *série.*

X gouttes de la première dil. déc. toutes les trois heures.

1er février. — 5 doses. Les yeux paraissent presque bien, le droit a quelque difficulté pour l'accommodation. Toux par moment ; peu de disposition à se lever le matin.

2 février. — 4 doses. Aucun symptôme.

3 février. — 4 doses. Un petit furoncle dur et ferme au-dessous de l'œil gauche, douloureux à la pression.

5 février. — 4 doses. Gonflement dur sous l'œil gauche, un peu plus large et rouge, pâleur de la face ; se sent bien sauf une toux spasmodique de temps à autre en s'exposant au vent.

6 février. — Pas de symptôme.

7 février. — 4 doses. Sensation de lourdeur gravative au-dessus des yeux comme si le cerveau allait tomber ; douleur dans les glandes parotides ; douleur sur les yeux et dans les os malaires ; les mâchoires inférieures, sensibles comme si elles avaient mastiqué de la gomme pendant longtemps. Yeux douloureux.

8 février. — 4 doses. Sensation de confusion dans la tête ; le gonflement au-dessous de l'œil gauche est plus large (1 quart de pouce de diamètre) localisé dans la peau. douloureux à la pression.

9 février. — Pas de médicament. Nuit sans sommeil; peu d'appétit ; le clou sous l'œil ne mûrit pas, plus large et plus douloureux. La température et le pouls ne paraissent pas touchés par le médicament. L'œil gauche est congestionné, obscurcissement de la vue, pâleur de la face, petits boutons avec une squame blanche sur la paupière supérieure gauche. Mal de tête de 4 à 10 heures après-midi sur le front comme si la tête était pleine de plomb ; mentalement irritable.

10 février. — Pas de médicament. Pâleur de la face, œil gauche enflammé, pas d'autres symptômes.

4e série.

X gouttes de teinture toutes les trois heures.

11 février. — 6 doses. Les trois matins précédents, étant somnolent, il n'a pu se lever qu'une heure après son heure habituelle. Le gonflement sous l'œil gauche est bleuâtre, douloureux à la pression, fluctuant ; ouvert, il contient un pus sanguinolent ; l'œil gauche est congestionné et en se levant ce matin était collé par les sécrétions ; il est nerveux, les mains tremblent ; douleur gravative dans la tête juste derrière les oreilles ; l'œil gauche est enflammé.

12 février. — 5 doses. Les yeux sont plus enflammés ; le gauche colle par l'écoulement, sensation de pesanteur dans la tête.

13 février. — Yeux douloureux ; léger gonflement au point où la tumeur a été ouverte deux jours avant ; douloureux à la pression ; sensation de pesanteur dans le front.

14 février. — Douleur gravative dans le front. Au point qui a été ouvert se forme un nouveau petit gonflement gros comme un pois, et contenant du pus.

15 février. - Très fatigué, après avoir travaillé l'après-midi au microscope. Il est tout à fait fatigué et ne peut bien voir.

16 février. — Eveillé à 5 heures. Rêves agités et remuant ; peu disposé à se lever ; la tête semble grosse et lourde entre les oreilles.

17 février. — Quelques crises de toux spasmodique qu'il ne peut arrêter.

18 février. — Sensation de chaleur épuisante; il ne peut rester tranquille; sueurs froides au front; douleur gravative entre les oreilles. A midi, il prend un drachme (3 grammes) de teinture. A midi 30, sensation de sécheresse du nez, qui est obstrué; toux sèche qui donne une douleur sous la partie supérieure du sternum, besoin d'éternuer; sensation de pesanteur dans le derrière de la tête; besoins urgents d'uriner.

19 février. — A parlé en dormant la nuit précédente; bouche sèche et paraissant grasse.

Expérimentateur n° 2.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

Nom : E. G. D.

Sexe : masculin.

Hauteur : 5 pieds, 9 pouces et 1/4 (1 m. 75).

Poids : 145 livres (65 kil. 660).

Tempérament : nerveux.

Yeux : bleus.

Cheveux : bruns.

Teint : clair.

Bon état général, bonne digestion, selles deux fois par jour avec une légère disposition à la diarrhée; mictions régulières; pouls normal de 60 à 64; respiration 12 à 16; température normale.

Les antécédents de famille sont bons, avec une légère tare scrofuleuse se manifestant chez lui par une légère ulcération au sommet de la tête ayant duré deux ans; catarrhe nasal chronique.

Bonnes habitudes; ni alcools ni narcotiques; tabac, thé et café d'une façon modérée.

Une observation soigneuse d'une semaine (du 10 au 17 janvier) ne montre aucun symptôme anormal, sauf un jour où il a souffert de douleurs gastriques, trois heures après avoir mangé du jambon fumé (16 janvier) et le 17, il note des élancements douloureux dans le globe de l'œil gauche, dans le côté gauche de la poitrine, et du côté droit du cou, pendant environ deux minutes, douleurs très vives.

Urines normales.

1re *série*.

Dose : 3 comprimés (disks) de la 3e déc. toutes les trois heures.

18 janvier. — Rien d'anormal n'est noté après avoir pris 6 doses. Selle ce soir moins constipée que d'ordinaire.

19 janvier. — Rien à noter aujourd'hui. Pas de selle après s'être efforcé quelque temps.

20 janvier.— Pas de selle ce matin, ni besoins. Après les efforts de la veille au soir, douleur aiguë tétanique dans l'anus pendant 1/2 heure. A 11 h. 1/2, aujourd'hui frisson dans tout le corps, surtout dans les orteils et les doigts. A 11 h. 50, température 97,6 (36°,4), pouls 50, irrégulier, manquant tous les 4 battements, quelquefois 2 battements à la fois.

21 janvier. — Dort bien la nuit, pas de rêves; agité et nerveux aujourd'hui, même après avoir dormi 9 heures la nuit passée. A midi, pouls 56, respiration 18. A 9 heures du soir, symptôme d'un refroidissement, éternuements et coryza, pouls 46, très irrégulier.

22 janvier. — Eternuements fréquents, écoulement de mucus du nez, la gorge est comme grattée, le cœur bat à

midi plus régulièrement que les deux jours précédents; la selle ce matin était écumeuse et accompagnée de beaucoup de gaz.

23 janvier. — Aucune note prise ce matin; cependant, rhume effrayant dans la tête : éternuements continuels, avec écoulement d'eau, écoulement nasal liquide, pouls examiné à quelques moments, plus régulier. Je fais une longue marche l'après-midi et le rhume en paraissait mieux.

24 janvier. — Rhume beaucoup mieux, mais réel.

25 janvier. — Prends *Gelsemium*, 6 déc.

26 janvier. — Rhume beaucoup mieux.

2e *série.*

Je prends 1 tablette de la 2e déc. toutes les trois heures.

27 janvier. — Pas de symptômes.

28 janvier. — Légère sensation de grattement sec dans le haut du larynx en s'éveillant, continuant pendant trois heures. Cœur très régulier.

29 janvier. — Sensation confuse de lourdeur dans la tête comme d'un brouillard formidable. Le rhume de cerveau continue; expulsion de nombreux gaz avec la selle le matin. A 2 heures, après-midi, désir irrésistible de se coucher; la tête est comme flottant dans l'espace; je m'efforce d'écrire une lettre, mais suis trop nerveux.

30 janvier. — Réveillé dès 2 heures, dors bien depuis 7 heures.

31 janvier. Rien d'anormal à noter.

3e *série.*

Je prends 10 gouttes de la 1re déc. toutes les trois heures.

1er février. — Je prends trois doses; tout de suite je suis très étourdi pendant 2 à 3 minutes; immédiatement, une très particulière sensation à la partie postérieure de la langue et du palais comme la sensation grasse et fraîche qu'on éprouve après avoir mangé un excellent beefsteak. La langue est recouverte d'un enduit jaune épais sur sa moitié postérieure et d'une étroite raie médiane jaune presque à l'extrémité; beaucoup de papilles rouges se montrent à travers; un peu de céphalalgie pariétale vers 8 heures du soir.

2 février. — Une toux sèche et spasmodique commence le matin. Plus je tousse, plus j'en ai envie; arrêts seulement par un effort de la volonté. Sensation à la gorge comme la veille, seulement en route comme si une masse d'*herbe remuante* se trouvait placée juste en face des amygdales et remplissait le passage. Le palais est complètement recouvert d'un enduit blanc perle, rude, dont il ne peut se débarrasser.

3 février. — Toux comme la veille et une autre crise à 4 heures du soir. Langue encore chargée, mais pas les sensations anormales perçues les deux jours précédents. Douleurs dans l'œil gauche, dans l'angle nasal; céphalée pariétale à 3 heures après-midi et légère douleur gravative dans le vertex; salive profuse et écumeuse; diarrhée épaisse pendant deux jours.

4 février. Rien de nouveau aujourd'hui; répétition des symptômes de la veille.

5 février. — Diarrhée profuse, fréquente; beaucoup de gaz avec selles jaunes d'une couleur claire; moins de toux; odeur marquée d'hydrogène sulfuré dans les garde robes.

6 février.— Plusieurs crises de toux spasmodique, courts saignements de nez sans cause apparente, trois fois. Le mal de tête continue, somnolence, diarrhée.

7 février. — Deux ou trois crises de douleur névralgique aiguë dans la mâchoire droite, située plutôt profondément ; céphalalgie. Lourd travail pour concentrer son esprit à l'étude ; somnolence, assoupissement, anorexie, quoique buvant et mangeant bien. Pendant plusieurs jours, *grande congestion veineuse*. Les veines des mains et des pieds sont gonflées et distendues, ainsi que les veines superficielles des jambes et des bras.

8 février. — Toux comme celle d'Ignatia.

Expérimentateur n° 3.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

Nom : W. H. B.

Sexe : masculin.

Hauteur : 5 pieds 6 pouces (1 m. 67).

Poids : 121 livres (54 k. 884).

Tempérament : sanguin.

Yeux : gris.

Cheveux : noirs.

Teint : clair.

Etat physique ordinairement bon ; il souffre d'un rhumatisme chronique qui est erratique, augmenté par la marche, diminué par le repos. Bonne digestion. Selles régulières. Miction et urines normales.

Bons antécédents de famille. S'enrhume facilement, ce qui lui a donné une rhinite. Bon sommeil ; bonnes habitudes ; se sert de tabac ; une semaine d'observation, du 10 au 17 janvier, ne montre aucun symptôme anormal A eu des saignements de nez et une sensation de sécheresse dans le nez et le pharynx ; a une ulcération dans la narine droite, a eu quelques douleurs rhumatismales. Pouls normal à 64, température normale.

1re série.

1 tablette de la 3e dil. déc. toutes les 3 heures.

Jeudi, 18 janvier 1900. — Doses à 8 h. 25, 11 h. 25 du matin, à 3 h. 30, à 9 h. 30 et à minuit. Douleurs dans les pieds augmentant par le mouvement ; le mouvement continu soulage. Une sécrétion tenace muco-purulente non irritante du nez qui persistait depuis quelques jours et résultant d'un rhume.

Vendredi, 19 janvier. — Doses à 7 heures et 10 heures du matin, à 1 heure, 4 heure, 7 h. 1/2 et 10 h. 1/2 du soir. Douleur dans les genoux par le mouvement. Sensation de froid le long de la colonne vertébrale, le rhume va beaucoup mieux. Le principal symptôme après avoir pris chaque dose est un goût particulier agréable et familier.

Samedi 20 janvier. — Doses à 8 heures et 11 heures du matin, à 2 heures, 5 heures, 8 heures et 11 heures du soir. Douleur le long de la colonne cervicale et dans le pouce gauche.

Dimanche 21 janvier. — Doses à 9 heures, midi, 3 h. 1/2, 6 h. 1/2, 9 h. 1/2 et 11 h. 1/2 du soir. Lumbago et douleurs dans les genoux.

Lundi 22 janvier. — Doses 7 heures et 10 heures du matin, 1, 4, 7 et 10 h. 1/2 du soir. Le genou droit, très douloureux en marchant, surtout en descendant les escaliers.

Mardi 23 janvier. — Doses 7 heures et 10 heures du matin, 1, 4 et 7 heures du soir. Douleurs à la partie gauche de la rotule droite augmentant par le mouvement et douleurs dans les chevilles.

Mercredi 24 janvier. — Pas de médicament aujourd'hui.

Douleur dans les deux chevilles, les genoux et la hanche gauche, ainsi que dans les vertèbres cervicales, très violentes particulièrement dans les chevilles ; sommeil un peu troublé la nuit précédente. Je m'endors en lisant ce soir de 4 à 6 heures, ce qui m'arrive très rarement, peut-être une ou deux fois par an.

2e série.

Une tablette de 2e déc. toutes les trois heures.

Jeudi 25 janvier. — Doses 8 h. 15, et 11 h. 30 du matin, 2 h. 30, 5 h. 30, 9 heures du soir et minuit. Le rhumatisme va mieux, quoiqu'augmenté par le mouvement et diminué par le repos. Les mains toujours froides ; léger coryza fluant.

Vendredi, 26 janvier. — Doses : 7 h. 35 et 11 h. du matin, 2, 5, 8 et 11 h. 30 du soir. Rhumatisme mieux ; sueur aux pieds avec sensation de froid ; le coryza continue.

Samedi, 27 janvier. — Doses : 8 h. 30 et 11 h. 30 du matin, 2 h. 45, 6 heures, 9 heures et minuit. Le rhumatisme est un peu moins bien, de ce que j'ai marché un peu trop le matin, plus fort le soir ; sueurs aux pieds avec sensation de froid ; légère douleur à la région de l'appendice pendant quelques minutes vers 4 heures ; la douleur est aiguë.

Dimanche, 28 janvier. — Doses à 1 h. 40, 7 heures et 11 heures du soir ; les pieds sont froids et en transpiration.

Lundi 29 janvier. — Doses à 7 h. 10 du matin, à 1, 4, 7 et 11 heures du soir. Genoux enflés et douloureux ; sensibilité derrière le cou, augmentant le soir ; je note trois

comédons sur le front et une éruption squameuse sur le menton ; céphalalgie gravative frontale ; sensation de plénitude avec douleur dans les yeux.

Mardi 30 janvier. — Doses à 7 h. 10 du matin, et 3, 6, 9 h. 30 du soir et minuit. Douleurs aiguës dans les deux pieds, augmentant par le mouvement ; gerçures des lèvres et du dos des mains (temps froid). Les pieds sont humides et froids.

Mercredi 31 janvier. — Doses à 7 h. 10 du matin, 1, et 5 heures du soir. Rhumatisme mieux.

Expérimentateur n° 4

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE

NOM : W. T. R.
SEXE : masculin.
HAUTEUR : 5 pieds 7 pouces (1 m. 70).
POIDS : 132 livres (59 k. 875).
YEUX : bleus.
CHEVEUX : brun clair.
TEINT : blanc.

J'ai actuellement un catarrhe, autrement bon état Pouls à 78, paraît normal. Température normale. Digestion bonne, selles régulières, urines avec sédiment phosphatique.

Antécédents de famille rhumatismaux, pas d'idiosyncrasie ; ni alcools, ni tabac. Une semaine d'observation (du 10 au 17 janvier) ne montre aucun symptôme particulier, sauf au furoncle sous-conjonctival qui se développe le 17.

1re série.

Trois disques de la 3e déc. toutes les trois heures.

18 janvier. — Aucun symptôme.

19 janvier. — Céphalalgie dans la région frontale l'après-midi, continuant toute l'après-midi. Selles un peu plus fermes que de coutume.

2e série.

3 disques de 2e dil. déc. toutes les trois heures.

25 janvier. — Quelques vertiges; les selles sont plus liquides que d'habitude pendant deux jours.

3e série.

X gouttes de 1re dil. déc. toutes les trois heures.

1er février. — Je dors deux heures l'après-midi et ai une pollution, la première depuis trois mois.

2 février. — Langue chargée blanche, couleur fraise et propre à la pointe. Ecoulement nasal jaune épais, pendant trois jours. Légère céphalalgie, tendance à avoir les mains et les pieds froids.

3 février. — Embarras dans la gorge toute l'après-midi; une narine bouchée. Pollution la nuit précédente; l'esprit s'arrête trop sur des sujets sexuels; désir sexuel augmente; suppression du médicament pour cette raison.

Expérimentateur n° 6.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

NOMS : P. E. M. G.

SEXE : masculin.

HAUTEUR : 5 pieds 10 pouces 1/2 (1 m. 79).

POIDS : 151 liv. 1/2 (68 kil. 719).

TEMPÉRAMENT : nervo-bilieux.

YEUX : couleur noisette.

CHEVEUX : bruns.

TEINT : foncé.

Bon état actuel. Pouls 79; respiration 14; température 98 (36°. 6) digestion, selles et urines normales, bonnes habitudes, ni alcool ni tabac; aversion pour le lait. Une semaine d'observation (du 10 au 17 janvier) ne montre aucun symptôme même insignifiant digne d'être noté, tout étant parfaitement normal.

1re série.

3 disques toutes les trois heures de la 3e dil.déc. ; aucun résultat.

2e série.

N'a pas été faite.

3e série.

X gouttes de la 1re dil. déc. toutes les trois heures. Il ne peut noter aucun symptôme. Sauf une brûlure intense après avoir pris le médicament; quand il touche la langue, il semble produire d'abord une hypéresthésie, puis ensuite la perte du goût pendant quelques minutes. Il y avait aussi un constant désir d'aller à la selle sans résultat.

4e série.

X gouttes de teinture toutes les trois heures. Le premier jour, il prend le médicament comme il est indiqué ; ne se sent pas bien ; céphalalgie frontale, qui augmente à 1 h. 15 après avoir pris le médicament. Le soir, il y a

presque une migraine frontale, avec légères nausées et même une légère sensation d'encombrement au grand air, bien que le froid rende le mal de tête bien plus supportable. A une heure de la nuit, il est chassé de son lit par de violentes douleurs ; il a une selle profuse, jaillissante, qui l'épuise. Le lendemain il se sent plus faible, quoique sans mal de tête ; le soir, en s'étendant sur son lit, il a le cou raide; le lendemain matin, les glandes cervicales du côté gauche sont légèrement enflées et le cou est très sensible de ce côté.

Expérimentateur n° 6.

ETAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

NOMS : A. C.

Aucun symptôme à noter pendant la semaine (du 10 au 17 janvier) excepté un léger rhume de cerveau, avec écoulement nasal d'un mucus jaune épais, surtout de la narine gauche. Selles régulières, température en moyenne à 97.7 (36°.5), pouls moyen, 74; bon sommeil; urines normales.

1re *série.*

3 disques de la 3e dil. déc. toutes les trois heures. Pris régulièrement pendant une semaine, ce médicament ne produit aucun symptôme, sauf une petite selle le matin à 3 heures, avec plus d'efforts que de coutume.

2e *série.*

3 disques de la 2e dil. déc. toutes les trois heures. Aucun symptôme, sauf que les yeux sont douloureux comme s'ils étaient enflammés.

3e série.

X gouttes de la 1re dil. déc. toutes les trois heures. Un mal de tête sus-orbitaire se montre dix minutes après avoir pris la première dose, les yeux sont comme fatigués d'avoir lu. Sensation de légères aigreurs dans l'estomac, renvois acides ou amers. La douleur entre et au-dessus des yeux se produit toujours après une dose du médicament, et si il y avait au une émission considérable d'urine.

Expérimentateur n° 7.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

NOMS : M. G. B.

HAUTEUR : 5 pieds 7 pouces (1 m. 70).

POIDS : 135 livres (61 kil. 235).

TEMPÉRAMENT : Phlegmatique.

YEUX : bruns.

CHEVEUX : bruns foncés.

TEINT : foncé.

Santé actuelle, parfaite de toute manière. Aucune douleur spéciale pendant les époques, urines normales. Antécédents de famille, bons. Aucune habitude; ne prend ni thé, ni café. Une semaine d'observation ne montre aucun symptôme particulier.

1re série.

3 disques de 3e dil. déc. toutes les trois heures. Le médicament est pris régulièrement du vendredi au lundi sans aucun symptôme.

Lundi 22 janvier. — Légère céphalalgie gravative,

profondément située. La tête paraît pleine et troublée après chaque dose. Il y a un peu de malaise dans le petit bassin; il lui semble que la vessie est comme distendue; l'urine est plus abondante et plus foncée que d'habitude.

Mardi 23 janvier. — Même sensation de distension de de la vessie, ni brûlure, ni ténesme en urinant, mais une sensation de sensibilité et une sorte de souffrance.

Mercredi 24 janvier. — Le même trouble pelvien continue; douleur gravative dans la tête après chaque dose. Ne prend plus de médicament.

2e *série.*

X gouttes de 1re dil. déc. toutes les trois heures.

1 février. — Céphalalgie gravative après chaque dose; urines plus profuses et plus foncées que d'ordinaire; quelques douleurs pelviennes; les règles apparaissent.

2 février. — Le médicament est cessé à cause d'un travail pénible inusité et d'une forte migraine; la douleur de la tête est diminuée par la pression des tempes et le décubitus. Les douleurs sont aiguës et semblent occuper toute la tête. Vers minuit, nausées et vomissements de bile verte. Le repos au lit soulage l'oppression pendant la nuit. L'écoulement des règles est plus abondant et plus pâle que d'habitude: il ne s'accompagne d'aucune douleur.

3 février. — Pas de médicament. Ecoulement faible; deux selles molles avec quelques coliques. Les selles passent en boules.

4 février. — Pas de médicament. Se sent mieux ce matin, les selles sont encore molles, en boules, plus profuses. Urines normales, plus colorées et plus fréquentes.

3 mars. — Prend le même médicament (3e série); pas

de symptômes ; les règles commencent ce matin avec rien d'anormal.

4 mars. — Plus d'urine que d'habitude.

Expérimentateur n° 8.

ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEURE.

Noms : P. R. W.
Sexe : féminin.
Hauteur : 5 pieds 6 pouces (1 m. 67).
Yeux : bruns.
Cheveux : rouge brun.
Teint : clair.
Poids : 136 livres (61 kil. 688).
Age : 23 ans.

N'ai pas eu d'indisposition sérieuse depuis mon entrée au collège ; sujette à des diarrhées en prenant froid et antérieurement à des bronchites ; j'ai eu les maladies ordinaires de l'enfance. Bons antécédents de famille. Bon sommeil, jamais nerveuse, céphalalgies rares, les règles le 13, très régulières, sans douleur ; écoulement abondant durant de 7 à 8 jours ; jamais de constipation. Une semaine d'observation ne montre aucun symptôme, excepté un léger relâchement dans les garde-robes · température, pouls et urines normales ; bon sommeil ; léger trouble d'estomac sans importance.

Expérimentation.

Lundi. — Commence à prendre le médicament (1re dil. déc. toutes les trois heures).

Mardi. — Aucun symptôme sauf un léger mal de tête; bon sommeil.

Mercredi. — Très bien le matin, somnolente après le dîner et toute l'après midi; pas d'appétit pour le souper; bon sommeil, mais obligée de me lever la nuit pour uriner jusqu'à ce que j'aie produit de 6 à 8 onces.

Jeudi. — Très bien toute la journée.

Vendredi. — Grand besoin d'uriner chaque fois que j'y pense; difficulté d'attendre d'être arrivée aux cabinets. Alors de grands efforts et il ne passe qu'un peu d'urine, excepté au moment de se coucher, où je rends 24 à 30 onces d'une couleur très foncée.

Samedi. — Les symptômes urinaires augmentent, émission d'urine à 8, 9 et 11 heures du matin, 1, 3, 5, 6, 7 et 10 heures du soir et trois fois pendant la nuit; produisant en tout 60 onces. Après le déjeuner, je ressens une grande faiblesse dans le dos et les genoux. Vers midi, je commence à souffrir d'élancements dans les genoux et les jambes. En me levant, sensation d'encombrement dans la tête, qui augmente beaucoup; écoulement aqueux très liquide des yeux et du nez qui rend la vue et la respiration difficiles. Douleur dans la région frontale au-dessus de l'œil droit.

Dimanche. — Température légèrement accrue; tous les symptômes augmentent; incapable de dormir à cause de l'encombrement du nez et de la tête. Les sinus frontaux paraissent distendus et chauds. Il ne passe pas tout à fait autant d'urine, mais le ténesme est plus grand. Il existe encore des douleurs dans les genoux, ainsi qu'une grande faiblesse. Je ne quitte pas ma chambre après dîner et je dors quelques heures dans l'après-midi.

Lundi. — Je ne me sens plus disposée à suivre les

classes. J'ai passé une mauvaise nuit, les symptômes de la vessie étant très angoissants. Je cesse le remède.

Mardi. — Les symptômes de la vessie s'améliorent; la tête et le nez sont moins encombrés. Tous les symptômes disparaissent graduellement à partir de ce jour.

ARRANGEMENT SUIVANT LE SCHEMA HAHNEMANNIEN

(Le numéro placé après chaque symptôme indique le numéro de l'expérimentateur qui a éprouvé ce symptôme. Les numéros 7 et 8 sont des expérimentateurs du sexe féminin).

TÊTE. — Sept des expérimentateurs ont éprouvé des symptômes de la tête, dont les principaux sont les suivants :

Douleur gravative dans le derrière de la tête, 1.

Sensation gravative confuse dans la tête, 2, 4.

La tête semble comme flottant dans l'espace, 2.

Céphalalgie pariétale d'un caractère gravatif, 2.

Douleur gravative dans le vertex, 2.

Migraine frontale soulagée par le froid, 5.

Migraine soulagée par la pression, 7.

Légère céphalalgie gravative, profondément située, 7, 8.

La tête paraît pleine et troublée à chaque dose, 5, 7. 8.

Céphalalgie sus-orbitaire dix minutes après avoir pris la première dose, 6.

Léger vertige, 4.

Douleur dans la région frontale au-dessus de l'œil droit, 8.

YEUX. — Trois expérimentateurs ont ressenti des symptômes oculaires comme suit :

Les yeux semblent douloureux comme s'ils étaient enflammés, 6.

Les yeux paraissent troubles, comme d'avoir trop lu, 6.

Douleur dans l'angle interne de l'œil gauche, 2.

L'œil droit est douloureux comme s'il y avait quelque chose dedans, 1.

Oreilles. — Un expérimentateur a senti une douleur névralgique aiguë dans l'apophyse mastoïde, plutôt profondément située, 2.

Nez. — Les symptômes du nez ont été communs, ainsi :

Léger saignement de nez, 8.

Léger coryza liquide, 3.

Ecoulement liquide du nez. 8.

Sensation d'encombrement dans le nez, 8.

Les sinus frontaux paraissent encombrés et chauds, 8.

Sensation d'écoulement dans la tête au grand air, 5, 8.

Symptômes de rhume, éternuements et coryza, 2, 8.

Eternuements continuels avec écoulement liquide constant amélioré par le froid, 2.

Ecoulement jaune épais pendant plusieurs jours, 4.

La narine droite est obstruée, 4.

Face. — Douleur dans les os malaires, 2.

Sensibilité dans la mâchoire inférieure, 2.

Langue. — Chez un expérimentateur :

La langue est recouverte d'un enduit jaune épais sur la moitié postérieure et d'une raie médiane étroite jaune jusqu'à l'extrémité, beaucoup de papilles rouges se montrent à travers, 2.

Langue couleur fraise et propre à la pointe, 4.

Bouche. — Un expérimentateur rapporte que son palais

était recouvert d'un enduit blanc perlé rude, dont il ne peut se débarrasser; salive abondante et écumeuse, 2.

Gorge. — Sensation de grattement dans la gorge, 2.

Sensation de grattement sec dans le larynx, 2.

Embarras dans la gorge, 4.

Estomac. — Léger pyrosis avec renvois acides et amers; somnolence après dîner avec moins d'appétit que d'ordinaire, 8.

Selles. — Quatre expérimentateurs ont été très influencés par le médicament.

Diarrhée épaisse, selles profuses, fréquentes, peu colorées, 2.

Besoin constant d'aller à la selle sans résultat, 5.

Selle profuse, à 1 heure du matin, chassant du lit et très accablante, 5.

Selle du matin à 3 heures, avec effort, 6.

Selle écumeuse le matin, s'accompagnant de gaz, 2.

Constipation avec douleur tétanique aiguë dans l'anus, persistant une demi-heure après la selle, 2.

Urine. — La vessie paraît distendue, 7.

Urine plus foncée qu'à l'habitude et augmentée en quantité, 6, 7, 8.

Sensation de sensibilité ou de douleur dans la vessie, 7, 8.

Urine très augmentée, 6, 8.

Besoins fréquents d'uriner, 6, 8.

Obligée de se lever plusieurs fois par nuit pour uriner, 8.

Efforts pour uriner avec émission d'une petite quantité, 8.

Sexe masculin. — Pollutions pendant plusieurs nuits après trois mois, 4.

Pollution pendant qu'il dormait l'après-midi, 4.

Esprit attiré sur les choses sexuelles, 4.

Sexe féminin. — Malaises dans le petit bassin, 7.

Époques plus abondantes et plus pâles que de coutume, 7.

Toux. — Toux sèche, spasmodique; plus il tousse, plus il a envie de tousser, 2.

Toux spasmodique qu'il ne peut arrêter, 1.

Toux sèche produisant une douleur sous la partie supérieure du sternum, 1.

Toux sèche, spasmodique par quintes, 1, 2, 8.

Cœur. — Pouls irrégulier, manquant tous les trois ou quatre battements, 2.

Les veines des mains et des pieds sont enflées et distendues, ainsi que les veines superficielles des jambes et des bras, 2.

Dos. — Réveillé avec une douleur gravative sur la 2e la 4e vertèbre lombaire soulagée en se tenant debout ou en se plaçant en avant, 7.

Grand faiblesse dans le dos l'après-midi, 8.

Extrémités. — Elancements dans les genoux et les jambes, 8.

Pieds froids et transpirants, 3.

Les mains et les pieds sont portés à être froids, 4.

Sensation de meurtrissure douloureuse dans les muscles, particulièrement des avant-bras, par le mouvement, 3.

FIÈVRE. — Frisson par tout le corps spécialement aux orteils et aux doigts, 2.

Augmentation de la température, 8.

GLANDES. — Les glandes cervicales du côté gauche sont enflées et le cou sensible, 5.

Douleur dans la glande sous-maxillaire droite, augmentant par la pression, 5.

Douleur dans la glande parotide, 1.

TRAITEMENT DE LA PESTE

Épitome du traitement.

Pour *prostration et anthrax.* — Ars. Anthracinum. A. nitrique. Carbo veg. China. Lachesis. Merc. Sil.

Pour symptômes nerveux. — Bell. Hyos. Veratrum. Stram.

Pour les bubons. — Ars. Carb. veg. China. Merc.

Pour complications gastriques. — Ipéc. Nux V.

Pour la diarrhée. — Ars. Verat.

Pour l'hémorrhagie. — Crotale, Lachesis, teinture de ficus religiosa.

Détails sur le traitement.

Arsenicum album. — Ars. est très approprié quand il y a fièvre. Il peut être administré seul ou alternativement avec Veratrum, quand il y a une irritabilité d'estomac excessive, avec vomissement de matières noires bilieuses et rejet de toute nourriture. Les yeux et la face sont hagards, la langue sèche et fendillée; la soif ardente; une grande prostration, on remarque un grand relâchement des entrailles et la diarrhée involontaire.

Ce remède est inappréciable lorsqu'il y a tendance à une dégénérescence gangréneuse, à l'apparition des furoncles, et peut empêcher une issue fatale, même quand les symptômes de l'agonie ont déjà commencé.

Dose : 6 c., 30 c.

Anthracinum est un excellent remède contre la peste. Il est employé lorsqu'il y a des boutons et des ulcères malins associés avec des escarres et un insupportable brûlement. Il peut être employé aussi avec grand succès lorsque Ars. ou les remèdes les plus appropriés ne réussissent pas à calmer les douleurs brûlantes des furoncles ou des ulcères malins. Les pustules sont très malignes, noires ou bleues, et souvent causent la mort dans l'espace de vingt-quatre, quarante-huit heures. Les décharges donnent un dangereux pus ichoreux. Les douleurs brûlantes existent aussi avec grande fièvre et prostration.

Dose : 30, 200.

Baptisia. — Il combat l'état *toxémique* à la fin de la première période. Il n'est pas bon pour les fièvres où cet état n'existe pas. Il peut être avantageusement employé dans d'autres maladies avec les symptômes typhoïdes. On peut s'en servir aussi avec succès dans la peste, quand il y a prédominance des symptômes typhoïdes et nerveux. Les exhalaisons et les décharges sont extrêmement dangereuses. La température est élevée et le patient s'agite sur son lit. Le délire nocturne avec stupeur apparaît, la face est rouge et chaude avec une expression d'abrutissement.

Dose : 1e X.

Belladone peut être considérée comme un excellent remède contre la peste, quand la congestion du cerveau avec délire se déclare ; il y a des tressaillements et sur-

sauts pendant le sommeil ; le patient cherche à mordre, à frapper ceux qui le soignent et à leur cracher au visage ; rougeur ardente ou grande pâleur de la face. Le malade est inquiet et agité, il enlève ses couvertures, une toux sèche et spasmodique survient.

Dose : 1 X, 3 X.

Carbo veg. — Il y a putréfaction. Les yeux sont enfoncés, les traits hagards avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde ; ecchymoses, gangrène humide ou sénile ; enflure, induration, suppuration des glandes lymphatiques avec ou sans douleurs brûlantes. La vitalité s'abaisse

Dose : 6, 12.

China. — Il peut être donné quand la maladie a été bien marquée par une diarrhée débilitante.

Dose : 1e X.

Crotalus. — Crotalus affecte les nerfs et le sang, produisant des spasmes, la paralysie, la congestion de divers tissus, des ecchymoses et des effusions dans le cerveau, les poumons, le cœur, etc., et dans les cavités séreuses, la gangrène et les hémorrhagies. Aussi est-il approprié aux maladies ayant un caractère adynamique, si elles ont été produites par un état de faiblesse antérieure, ou par un poison septique ou zymotique.

Crotalus peut devenir un excellent remède pour les malades atteints de la peste. Violent mal de tête, délire sans langueur ni assoupissement, douleurs dans tout le corps et les membres, avec agitation, tendance à l'hémorragie par tous les orifices ; le pouls est doux, faible, lent ; évacuations fétides, bilieuses et sanguinolentes, gorge sèche avec soif, grande difficulté à avaler quelque nourriture solide, les yeux sont brûlants, saignement et enflure des gencives ; l'estomac est si irrité qu'il ne peut rien

garder ; les glandes inguinales sont gonflées, les muscles refusent parfois leur service, ecchymoses, pétéchies, anthrax, gangrène, abcès, etc., apparaissent avec décharges malsaines d'un fluide rare, lent et noir ; la surface du corps est froide, spécialement les extrémités ; complète apathie ; le patient paraît être à demi vivant.

Dose : 6.

Hyosciamus est employé quand les symptômes cérébraux sont très marqués. Délire avec murmure à voix basse, délire sans congestion indiquant Bell., ou la fureur demandant Stramon. ; quand on parle au malade, il répond correctement, mais retombe immédiatement dans le délire et redevient inconscient ; le patient est sourd ; la paralysie sans douleur et la torpeur de l'organisme apparaissent, la langue est rouge, brune, sèche, tendillée et paralysée, les symptômes pneumoniques avec désordres cérébraux, et une toux, la nuit, sèche et fatigante, surviennent ; la face est pâle et les membres sont froids, quoique la température soit élevée.

Dose : 1[e] X, 3 X.

Ignatia. — Plusieurs docteurs éminents, notamment le D[r] Larhai de Calcutta, ont fait un grand éloge d'Ignatia. La maladie, d'après leur opinion, aurait été coupée à sa naissance, si Ignatia avait été donné dès le début. C'est un remède souverain, si la maladie provient de la peur.

Dose : 3 X, 30.

Lachesis peut donner de bons résultats quand Arsenic n'amène pas la guérison et que les tumeurs glandulaires menacent de tomber en mortification. Lachesis peut être employé avec beaucoup de succès, quand il y a complète prostration de l'énergie vitale.

Nitri acid. — Ce remède peut être employé quand

les ulcères glandulaires ont un aspect très défavorable et que le patient va plus mal. Il peut aussi être employé avec succès dans les évacuations sanguines débilitantes, qui surviennent dans quelques cas. Les ulcères saignent quand on les touche, le malade éprouve des douleurs piquantes ; les bords en sont durs et irréguliers ; des granulations exubérantes se rencontrent parfois.

Dose : 6 c. 30 c.

Mercurius. — Ce remède peut être administré quand les tumeurs menacent de s'indurer, quoiqu'elles n'aient pas une apparence livide, et spécialement, si les glandes près des oreilles sont affectées.

Dose : 3 X, 6 X.

Phosphorus. — Il est employé dans la peste, quand le cœur et les poumons sont empoisonnés ; c'est notre ancre de sûreté dans les affections du cœur, quand la prostration nerveuse est très considérable et qu'il y a dégénérescence des tissus.

Dose : 6, 12.

Rhus tox. peut être donné avec succès quand les symptômes suivants se manifestent :

La langue est enduite de mucosités d'un brun noirâtre avec grande soif ; saignement de nez ; frisson, même près du feu ; le malade se sent brisé ; le pouls est petit, lent et irrégulier ; le patient répond aux questions lentement ; enflure gandulaire ; respiration fétide ; extrême débilité et langueur marquée ; dangereuses évacuations alvines involontaires ; stupeur.

Dose : 3 X, 6 X.

Silicea. — Il peut être donné promptement après Merc., si les tumeurs glandulaires deviennent livides, ou s'il y a suppuration et décharge des bubons.

Dose : 4.

Stramonium peut être employé dans la peste, quand il y a un délire furieux ajouté à d'autres symptômes ; sueur froide sur tout le corps ; la peau est rouge cramoisi ; la face est enflée ; le patient parle une langue étrangère, il a une forte fièvre et cherche à s'échapper ; il est couché sur le dos, les genoux et les cuisses infléchis, les mains jointes ; le délire alterne avec les convulsions tétaniques.

Dose ; 1 X, 3 X.

Veratrum album. — Les forces vitales tombent soudainement ; la face est hippocratique, les yeux sont enfoncés ; sueurs froides sur tout le corps ; le nez est tiré ; violente soif pour l'eau froide.

Dose : 3, 12, 30.

Ficus religiosa. — Ce remède a été découvert par moi. Je l'ai préparé avec les feuilles fraîches de l'arbre. Il peut donner des résultats presque magiques, quand il y a saignement de quelque organe, et quand l'hémorrhagie et les évacuations sanguines troublent le patient.

Dose : 6 X.

Moyens accessoires. — Le malade doit être placé dans une grande chambre bien aérée, où l'air pur puisse être constamment renouvelé. On recommande une quiétude et un repos parfaits. La température de l'appartement ne doit pas s'élever au-dessus de 60° Farenheit. On changera chaque jour le lit et les couvertures ; tout le corps du malade sera épongé, chaque jour aussi, avec de l'eau tiède. Le patient doit être séparé du reste de la famille et traité avec beaucoup de soin et d'attention. Un prompt isolement des individus affectés et une application rigide des principes de l'hygiène moderne donneront d'excellents résultats partout, chaque fois qu'ils pourront être obser-

vés. De grands soins doivent être pris pour arrêter les matières ichoreuses, corrosives et mordantes qui s'échappent des bubons. Le Caire a été délivré des puissantes étreintes de la peste par l'adoption de promptes et énergiques améliorations dans l'état sanitaire.

P. SARAT CHANDRA GHOSH (de Midnapore).

REMARQUES CLINIQUES

SUR L'ACTION DE « NAJA TRIPUDIANS » ET DE « CRATÆGUS OXYACANTHA » DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Mon but est de consigner dans ce court mémoire quelques notes cliniques recueillies à l'Hôpital Hahnemann de Chicago de 1886 à 1898.

Chargé du service des maladies thoraciques, il m'a été donné d'examiner et de soigner plusieurs milliers de cas intéressants d'affections cardiaques et pulmonaires.

Un grand nombre d'observations prises dans mon service a déjà été publié dans le journal *The Clinique*, mais ce que je désire présenter ici c'est une sorte de synthèse, brièvement esquissée, ayant trait à quelques points spéciaux de la thérapeutique du cœur.

Je bornerai mes remarques aux affections mitrales, de beaucoup les plus nombreuses, parmi les maladies du cœur qui me sont passées entre les mains.

Dans le traitement de ce groupe si important, c'est de *Naja tripudians* que j'ai obtenu les meilleurs effets.

L'action bienfaisante du médicament se manifeste à toutes les périodes de la maladie. L'essoufflement, l'in-

somnie, la douleur précordiale (peu fréquente dans les lésions mitrales, mais quelquefois assez vive, surtout chez les enfants) sont les premiers symptômes sur lesquels porte l'amélioration.

Si l'on continue le remède, peu à peu le rythme cardiaque se régularise, la fréquence des battements diminue, le pouls devient plus égal et plus ferme, et les congestions viscérales s'effacent.

J'ai pu ainsi, dans un grand nombre de cas, prolonger pendant des années la lutte du muscle cardiaque, soutenir la compensation qui, sans cet apport de force, aurait inévitablement fait place à bref délai aux symptômes de l'asystolie.

Les effets ont surtout été remarquables sur les enfants, chez lesquels les lésions mitrales précoces sont assez fréquentes.

Sur 178 cas bien constatés (chez des enfants de 5 à 12 ans), j'ai eu la satisfaction de compter une amélioraration très marquée dans 140 cas, et une guérison presque complète dans 38 cas.

Ce n'est pas seulement dans la période ultime des affections mitrales que *Naja* rend des services.

Alterné avec Aconit au début du rhumatisme articulaire aigu, je l'ai vu enrayer rapidement le développement de l'endocardite.

A titre de curiosité, je citerai un cas d'érysipèle de la face chez une vieille femme (de la tribu des Sioux) que j'eus occasion de soigner au *Hahnemann Hospital*, et qui présenta à un moment donné des symptômes inquiétants d'endocardite à forme maligne, caractérisée par des embolies périphériques,

Naja et *Rhus tox*, en eurent promptement raison, et la vieille Indienne se rétablit complètement.

Je citerai également trois cas d'endocardite grave survenus au cours d'une arthrite mono-articulaire de nature blennorrhagique. On sait combien ces endocardites sont rebelles et souvent fatales. Je suis convaincu que c'est à *Naja* que je dois la guérison de ces trois malades.

Cette action curative de *Naja* sur l'endocardite aiguë est très réelle et très remarquable, mais je le repète, là ou le venin du Cobra montre toute sa vertu c'est dans l'endocardite chronique, à forme mitrale, en soutenant la force du muscle cardiaque, en prolongeant la compensation, et empêchant les congestions viscérales.

Naja agit probablement sur le cœur en stimulant la fonction trophique du pneumo-gastrique, soit en agissant sur les noyaux d'origine dans le bulbe, soit par une détermination spéciale sur les noyaux intracardiaques.

Je me suis servi le plus souvent de la sixième trituration. Mais la douzième et la trentième dilution m'ont aussi très bien réussi.

Dans les affections aortiques, *Naja* m'a paru moins efficace. Ici l'élément douloureux est plus marqué, et *Oxalic acid*, a souvent calmé, entre mes mains, les douleurs précordiales avec irradiations dans l'épaule gauche si fréquentes chez les sujets atteints d'insuffisance aortique.

Dans l'aortite chronique, les sels d'or m'ont donné quelques résultats, surtout l'iodure et l'arséniate. Quand aux sels de plomb, ils ne m'ont paru agir, dans la sclérose artérielle, que quand je les associais (l'iodure surtout) avec *Kali muriaticum* et *Kali phosphoricum*. Je ne prétends pas expliquer pourquoi, mais le fait est réel.

Depuis quelques années, je me suis beaucoup servi de *Cratægus oxyacantha*, et je lui trouve beaucoup d'analogie

d'action avec *Naja*. Seulement *Cratægus*, qui rend de grands services dans toutes les formes de myocardite, n'a aucune influence sur l'endocarde.

Cratægus agit aussi bien dans les affections aortiques que dans les affections mitrales et exerce une action tonique indiscutable sur la fibre musculaire du cœur. Cette action est douce, modérée, sans effet d'accumulation. En donnant 5 gouttes de la teinture mère toutes les trois heures à un malade qui présente des symptômes d'affaiblissement cardiaque on obtient presque invariablement une modification favorable du rythme du cœur, une augmentation légère de la tension artérielle, et une diurèse marquée.

L'insomnie des aortiques est généralement améliorée par *Cratægus*.

Au cours des myocardites d'origine grippale, typhique, diphtérique, etc., je ne connais par de meilleur remède que *Cratægus*, auquel je ne substitue *Naja* que dans les cas où se montre la toux caractéristique de ce remède.

J'ai pu observer l'action de *Cratægus* sur moi-même, il y a quelques années à Chicago, pendant une attaque de grippe, qui avait affecté le cœur à tel point que mon pouls était devenu imperceptible, et que je ne pouvais quitter la position horizontale sans menace de syncope.

Il s'agissait là d'une myocardite aiguë bien caractérisée, mais tout à fait indolore et sans toux. Je pris *Cratægus* pendant quinze jours; au bout de ce temps, je pus me lever et vaquer bientôt à mes occupations. La preuve que la guérison était solide, c'est que j'ai pu depuis gravir sans peine des sommets alpins de 3.000 mètres.

Ne nous y trompons pas. Nous verrons bientôt *Cratægus* entre les mains de nos confrères de la « vieille école »,

comme on dit aux Etats-Unis, et ce seront eux qui auront découvert cette précieuse plante et en auront précisé les indications.

Je ne saurais terminer ce petit travail sans déclarer avec la plus entière franchise que le régime des cardiaques m'a toujours paru exercer la plus grande influence sur la durée et le mode d'évolution de l'affection en voie de traitement.

J'avais observé, il y a cinq ans, un cas d'angine de poitrine chez un malade, dont les accès diminuaient singulièrement d'intensité et de fréquence rien que par le régime végétal et lacté. Ce fait me frappa. Depuis j'ai acquis la conviction que l'usage de la viande, et j'ajoute du vin, est pernicieux, sinon pour tous les cardiaques, du moins pour la grande majorité.

Les cardiaques se trouvent très bien d'une alimentation végétale, à laquelle j'adjoins volontiers le lait et les œufs. Il est de la plus grande importance, chez ces malades, de veiller à l'intégrité des reins, et l'on sait maintenant à n'en plus douter, que l'usage de la viande, des extraits et poudres de viande et produits analogues, crée dans l'organisme un véritable état d'intoxication alimentaire dont les reins, les vaisseaux et le cœur sont les premiers à souffrir.

Depuis que mon attention a été attirée sur ce point, j'ai recueilli un nombre respectable d'observations qui sans exception témoignent en faveur du régime végéto-lacté.

Tout récemment le professeur Huchard, dont nous nous plaisons à reconnaître ici la haute compétence, a apporté à cette application du régime végétarien toute l'autorité de son nom, et nous sommes heureux de lui adresser nos sincères félicitations.

D'ailleurs l'excès d'un mal apporte généralement avec lui son propre remède. On a tant abusé de la viande et de ses dérivés qu'il s'élève aujourd'hui de toutes parts un cri de réprobation contre le régime carné à outrance si préconisé il y a seulement quelques années.

C'est surtout dans le corps médical que s'est manifestée cette réaction salutaire, et j'en conçois l'espoir que dans un avenir prochain le grand public se rendra compte que l'alimentation animale est une des plus grandes erreurs dans lesquelles l'humanité soit tombée au cours des siècles.

Dr BERNARD ARNULPHY (*de Nice*).

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

NÉPHRITE ALBUMINURIQUE. — SYPHILIS. — ACCIDENTS SECONDAIRES.

G., âgé de 29 ans, représentant de commerce, est entré à l'hôpital le 20 mai. Ce malade syphilitique était en traitement par les injections mercurielles.

Son père est vivant, diabétique. Sa mère est morte albuminurique.

A son entrée à l'hôpital on constate une grande quantité d'albumine dans les urines : 10 grammes par litre. En même temps existe un anasarque.

Le scrotum et la verge sont particulièrement très œdématiés.

Ce malade fut mis au régime lacté et à l'usage de la tuberculine à la 6e dilution. Ce traitement réduisit l'al-

bumine à 6 grammes. Mais comme la quantité d'urine tendait à diminuer, étant seulement de 1 litre en 24 heures, je prescrivis le 24 mai, calomelas 1re trituration 0 gr. 10. Le 26, l'albumine était remontée à 10 grammes, les urines peu abondantes. Ce malade se plaignait d'une céphalalgie intense, signes avant-coureurs de l'éclampsie urémique qui devait bientôt se manifester. Je lui prescrivis, opium, 1re trituration 0 gr. 20, à prendre dans la journée. L'albumine ne diminua pas de quantité ; les urines s'élevèrent à 2 litres en même temps que diminuait la céphalalgie.

Malheureusement ce traitement ne fut pas continué en mon absence ; on prescrivit 2 grammes d'iodure de potassium à ce malade, traitement qui fut continué le lendemain. Je dois reconnaître que l'albumine diminua notablement et tomba à 5 grammes par litre, mais en même temps les urines tombèrent à 500 grammes, et à ce moment, le 30 mai, éclatait une crise aiguë d'urémie à forme éclamptique. Les accès étaient subintrants et dans les intervalles très courts qui les séparaient, le malade restait dans le coma, les pupilles étaient contractées.

J'ai administré immédiatement au malade 45 grammes d'eau-de-vie allemande et prescrivis des injections de sérum. *Deux* injections de 500 grammes furent faites dans la journée. En même temps le malade fut mis à l'usage de l'opium 1re trituration 0 gr. 25.

L'opium et les injections de sérum furent continués encore le lendemain 31 mai. Les crises convulsives s'éloignèrent. Le malade restait plongé dans un sommeil profond dont on le tirait avec peine.

Le 1er juin. La crise urémique est passée. Le malade a uriné 1.900 grammes avec seulement 2 grammes d'albu-

mine. Opium est continué jusqu'au 5 juin. Les urines atteignent 3 litres avec seulement 2 grammes d'albumine.

Le 6. Le malade ayant 3 grammes d'albumine et 3 litres d'urine, je prescrivis le sérum d'anguille (1er trituration) 0 gr. 10.

Ce médicament fut continué jusqu'au 13 inclusivement. L'urine atteignit 4 litres en 24 heures. La quantité d'albumine fut très variable. Le 9 juin, 4e jour de l'usage du sérum anguille elle avait complètement disparu. Elle reparut les jours suivants variant de 1 à 3 grammes. L'anasarque avait à peu près disparu. Le malade se trouvait très bien.

Le 14. Je prescrivis de nouveau la tuberculine, il y avait à ce moment 3 litres 1/2 d'urine en 24 heures et 2 gr. 50 d'albumine. Ce médicament fut continué pendant trois jours. L'albumine variait de 1 gr. 50 à 3 gr. et la quantité d'urine atteignait 3 litres 1/2.

Le 20, vers quatre heures du soir le malade fut pris de céphalée très vive avec vomissements fréquents. En même temps les urines avaient considérablement diminué; les symptômes d'urémie apparaissaient donc de nouveau. Aussi à 9 heures du soir on pratiqua une injection de sérum de 350 grammes et le lendemain matin tout danger était conjuré. Les urines atteignaient deux litres. L'albumine 2 grammes par litre. Je prescrivis Glonoïne (1re dilut) II gouttes. L'amélioration se continua. La quantité d'urine atteignit 3 litres. L'albumine restait à 2 grammes.

Le 23. L'état général étant bon, les urines abondantes, je crus pouvoir essayer contre l'albuminurie le bacille pyocyanique.

Le 25. Ce médicament n'ayant pas eu d'action appréciable je résolus d'essayer cantharis (6e), à cause de l'action si particulière de ce médicament sur la néphrite albumineuse.

Le 26. Plus de *trois* litres 700 d'urine, 4 grammes d'albumine.

Le 27. L'albumine a diminué, 2 grammes au lieu de 4. Mais les urines n'atteignent que *deux* litres. Le malade se plaint de maux de tête ; il a vomi. Cette nouvelle menace d'urémie doit-elle être attribuée à la purée de pomme de terre qu'on lui a permise hier, ou à l'usage de cantharis? Dans tous les cas je prescris de nouveau glonoïne (1re dilution) X gouttes. Régime lacté absolu et au besoin opium.

Le 29. Le malade n'a pas eu besoin de prendre opium il est revenu à un état très satisfaisant. Plus d'anasarque. Urines dépassant 2 litres, albumine 2 grammes. Nous commençons à ce jour le traitement spécifique. Injection d'une seringue de Pravaz, calomel dissous dans la vaseline liquide. Cette dose représente 0 gr. 05 de calomel.

On continue tous les jours la glonoïne jusqu'au jour de sa sortie, le 7 juillet le malade a été très bien ; les urines en quantité suffisante au-delà de 2 litres. L'albumine aux environs de 2 grammes.

Le malade est maintenu au régime lacté avec addition d'œufs et de purée de pomme de terre, il a continué l'usage de la glonoïne. On lui a fait une injection de calomel le 6, et il est retourné se mettre sous la direction du docteur Crépel.

En résumé, ce malade est entré chez nous avec une anasarque généralisée, une quantité d'urine inférieure à la normale et des menaces d'attaques d'urémie qui ont

abouti à des accès éclamptiformes alternant avec le coma.

Cet état très grave qui a sérieusement menacé la vie du malade, a duré plusieurs jours et a cédé à un traitement mixte : Purgatifs drastiques,opium et injections de sérum artificiel à la dose de 4 et 500 grammes.

L'état du malade était trop grave, les accidents trop puissants pour que nous ayons pu songer à instituer le traitement spécifique.

Plusieurs fois les accidents urémiques se sont présentés menaçants ; c'est grâce à un régime lacté presque exclusif et à l'usage de glonoïne que nous avons pu réussir à les conjurer.

Et c'est seulement après la disparition de l'anasarque et de la céphalalgie quand l'albuminurie a été réduite à 1 gr. 1/2 et 2 grammes, quand les urines dépassaient 2 litres par 24 heures que nous avons pu instituer le traitement spécifique.

La syphilis du rein est encore aujourd'hui assez mal connue. Jusqu'en 1867, on n'admettait comme albuminurie syphillitique, que celle qu'on observait à la période tertiaire, pendant la cachexie syphilitique et, à ce moment la lésion était surtout une dégénérescence amyloïde. Mais dans ces dernières années plusieurs médecins, parmi lesquels il faut nommer Descouts, Drysdal, Wagner, Barthélemy et surtout Perroud ont rapporté des observations incontestables de néphrites brightiques survenues au courant de la période secondaire de la syphilis. Cette néphrite de la période secondaire s'est terminée par la guérison complète sous l'influence du traitement spécifique de la vérole. D'autres ont passé à l'état chronique et d'autres enfin se sont terminés par des accès d'urémie et la mort.

Nous assurons que notre malade arrivera à une guérison complète.

Méningite cérébro-spinale

Louis A. âgé de 8 ans. Entré à l'hôpital le 22 juin 1900 et couché au n° 13 de la grande salle. Cet enfant, très abattu, a maigri, a la face pâle, les traits tirés comme dans les affections abdominales; il n'a pas de fièvre, mais son pouls est fréquent. Il vomit tout ce qu'il prend principalement les liquides. Il éprouve au creux de l'estomac une douleur intense augmentant par la pression, déterminant un malaise général et s'exacerbant de temps à autre dans des crises qui arrachent des plaintes au petit malade. Les selles doivent être sollicitées par un lavement, le ventre est aplati, il n'y a point de douleurs de tête, les pupilles sont souvent dilatées. L'enfant presque toujours couché en chien de fusil est somnolent.

D'après les renseignements fournis par la mère, cet enfant était gai, avait de l'appétit, digérait, il a eu des bronchites fréquentes. Depuis un mois il est malade, sans appétit, sans force, sans entrain avec un amaigrissement progressif. Le médecin qui l'a vu en ville lui a prescrit du fer, la potion de Todd et des purgatifs. Les vomissements n'ont commencé que la veille de son entrée à l'hôpital.

Le 22 on lui prescrit aconit et régime lacté. L'enfant vomit le lait et sa potion, quelque fois immédiatement après, quelquefois après un intervalle de deux heures.

Le 23. L'aconit avait été prescrit a cause d'un petit mouvement fébrile (38°) ; aujourd'hui la température est normale, on prescrit Ipeca (6°)

24, 25, 26. Nux vomica 6° est prescrit à la place d'Ipéca. Comme l'enfant vomit surtout des liquides on cherche à l'alimenter avec des œufs à la coque.

27. L'enfant a un peu moins vomi. Ce que j'attribue

bien plus à la nature des aliments qu'au médicament. Il souffre toujours beaucoup, c'est pourquoi je prescris argentum nitricum (6e)

28. Il n'y a aucune amélioration. L'enfant gémit continuellement. Il est toujours couché en chien de fusil et a tellement le masque des affections cérébrales que je l'examine dans une autre direction. Je le fais asseoir et ses genoux ne s'étendent pas spontanément. Il accuse une grande raideur du cou. La flexion en avant est presque impossible. Les mouvements communiqués à la tête sont très limités et très douloureux. Le pouls bat entre 58 et 60. La température est à 37. Les vomissements ont été plus marqués que jamais. Le ventre est creusé en bateau. Il ne va à la selle que par des lavements. *Il affirme ne pas souffrir de la tête.*

Les auteurs, et particulièrement Rilliet et Barthez, rapportent des faits de méningite tuberculeuse à marche lente caractérisée uniquement par l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des vomissements incessants. Ces prodromes ont duré quelquefois plusieurs semaines. Si d'un autre côté on remarque que le petit malade n'a pas de fièvre que la raideur siège surtout dans la région du cou, on pourra penser à un cas de méningite cérébro-spinale.

Dans l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse, je pratique une injection de Klebs et je prescris opium (1re trit. décimale) 0,10 centigr.

29. Le malade a toujours le même aspect : toujours les mêmes gémissements plaintifs et la même attitude dans son lit. Il ne vomit plus, dit avoir faim. Il a mangé du pain et des cerises. Le pouls est à 60. La température à 37. On continue Opium même dose et bains chauds (35°).

Les jours suivants, l'état se continue avec plutôt un

certain degré d'aggravation. Le pouls est à 56, vibrant, la pupille un peu contractée, la respiration intacte. Le malade tombe peu à peu dans le mutisme et quoique la figure ait son expression naturelle, il ne répond plus aux questions, il ne demande plus à uriner et urine dans son lit. Ses gémissements continuels ont forcé de l'isoler. Depuis le 2 juillet, il a des grincements de dents continuels nous avons peu à peu augmenté la dose d'opium. Maintenant il prend par jour 0 gr. 04 d'extrait thébaïque.

Nous continuons les bains chauds 3 fois par jour. Ces bains produisent un certain apaisement mais qui dure peu.

Une ponction pratiquée à la région lombaire, nous a permis de retirer une certaine quantité de liquide céphalo rachidien, sans aucun changement appréciable dans l'état du malade. Ce liquide examiné au microscope présente des méningocoques encapsulés. La capsule présente une coloration plus pâle que les cocci.

Le 3 juillet. L'état est sensiblement le même quant à l'aspect du malade, à son pouls et à sa respiration. Le mutisme continue, Même traitement.

Le 4. Un phénomène nouveau s'est produit : le malade a eu une selle liquide involontaire. Toujours même hypothermie, toujours même lenteur du pouls.

Le 5. La nuit a été agitée, le malade s'est plaint, a crié. Ce matin le pouls, un peu irrégulier, ne bat que 52 fois par minute, les mouvements respiratoires sont à peine perceptibles. Les yeux sont fermés, le visage exprime un calme parfait. La pupille est atone. Le malade ne semble pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui, cependant il continue à boire sa potion, du grog. Digitale (T M) X gouttes dans la journée.

Le 6. Il s'est fait un changement notable dans l'état du malade, le pouls bat 108. La respiration est toujours calme. Il a pris quelques aliments. Mais de très mauvais symptômes se sont manifestés à la face. Les pupilles sont extrêmement dilatées. Les yeux sont divergents, la paupière gauche est demi-paralysée, en sorte qu'il ouvre l'œil droit tout grand et tient l'œil gauche fermé. On continue le même médicament.

Le 7. Pouls régulier à 76 ; respiration calme ; le malade a été à la selle spontanément ; persistance de la paralysie occulaire, demi paralysie du bras gauche. Agitation. La nuit dernière, agitations et cris ; pouls à 132. Même traitement.

Le 8. L'état est sensiblement le même, même paralysie du moteur commun, même dilatation de la pupille. Mouvements continuels et sans but déterminé du bras droit, contracture du bras gauche. Urines involontaires, selles spontanées de matières moulées. Raie méningitique extrêmement marquée. Le pouls est à 72 régulier, normal, la respiration calme, le malade prend presque un litre de lait par jour. Dans la nuit, l'enfant a eu un écoulement séro-purulent par l'oreille gauche.

Le 9. Aggravation. Pouls à 116 faible. Même état de contracture et de paralysie. La température reste toujours normale. Stramonium (T M) V gouttes à cause des dilatations énormes des pupilles et de la contracture du bras gauche.

Le 10. L'aggravation s'accentue. Pouls à 120 petit. Respiration accélérée. Difficulté d'avaler, pour la première fois température 38,5. Même état du reste.

Le 11. L'enfant est de plus en plus mal : 160 pulsations,

pouls faible, respiration haletante, agitation des membres Température 38°. Mort à midi et demi.

L'histoire de la méningite cérébro-spinale peut-être divisée en deux époques. Une époque purement clinique et une époque bactériologique.

L'époque clinique est, au point de vue nosographique incontestablement très supérieure, on y trace l'histoire de la maladie, son épidémicité et sa contagion on distingue les formes foudroyantes, communes, prolongées et bénignes.

L'époque bactériologique se préoccupe beaucoup trop de la question des microbes; elle voudrait faire de la méningite cérébro-spinale une pneumococcie. Mais il y a une première difficulté qui me dispense d'énumérer les autres, c'est qu'il y a des méningites cérébro-spinales sans pneumocoques. Quelquefois c'est le streptocoque, d'autres fois le staphylocoque doré ; on a même trouvé des méningites avec un mélange de pneumocoques et de bacilles tuberculeux. Il n'est donc que temps d'abandonner le roman pour revenir à l'histoire, afin de restituer dans les livres classiques l'histoire clinique de la méningite cérébro-spinale, histoire absolument défectueuse en ce moment.

Nous devons maintenant justifier notre diagnostic et donner aux symptômes leur véritable valeur. Dans une première période, le mâlade a présenté très nettement les symptômes d'une affection gastrique aiguë à ce point que nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire a une gastrite par empoisonnement accidentel.

Les vomissements extrêmement faciles provoqués par le moindre mouvement des malades avaient les caractères de vomissements cérébraux. La douleur très aiguë, très exactement épigastrique, devait tenir à un commencement

d'inflammation localisée sur les origines du pneumo-gastrique. La dilatation passagère de la pupille, l'élévation de la température pendant les premiers jours, l'attitude et les gémissements du malade nous ont mis sur la voie véritable.

La céphalalgie a fait absolument défaut pendant presque tout le temps de la maladie et je remarque qu'un enfant de 8 ans jouissant de l'intégrité de ses fonctions intellectuelles ne pouvait pas nous tromper quand interrogé directement il affirmait ne pas souffrir de la tête. La méningite a débuté par la région cervicale.

L'apyrexie (37-37°5) constatée pendant presque toute la durée de la maladie est un signe distinctif de la méningite céphalo-rachidienne et de la méningite tuberculeuse, maladie dans laquelle la température s'élève au-dessus de 38, même quand le pouls est rare. La présence des pneumocoques dans le liquide rachidien suffirait à lui seul pour préciser le diagnostic.

Quant aux symptômes des derniers jours : accélération du pouls, élévation de la température, trismus, strabisme, chute de la paupière, dilatation des pupilles, agitation du bras droit, contracture du bras gauche, constituant un appareil symptomatique fréquent dans la méningite tuberculeuse, ils ne prouvent rien contre le diagnostic parce que, comme l'avait déjà remarqué Archambault, les symptômes ultimes dans les deux méningites sont identiques, parce que la lésion occupe les mêmes points de la région cérébro spinale.

La thérapeutique a été impuissante, les bains chauds n'ont pas tenu la promesse que nous a faite M. Netter.

Remarquons cependant que l'aggravation s'est produite au moment où nous avons cessé l'opium.

CYSTITE.

M..., âgé de 45 ans, entré à l'hôpital Saint-Jacques à la fin de mai et couché au n° 14 de la grande salle.

Ce malade se plaint de douleurs de cuisson dans le canal pendant et après la miction. Ses urines sont pâles et troubles et forment dans un vase conique un dépôt mucoso-purulent qui s'élève au tiers du liquide. Soigné par Cantharis (TM) IV et V gouttes dans 125 grammes d'eau à prendre dans la journée, le malade éprouva une rapide amélioration. La douleur cuisante disparut d'abord et le dépôt mucoso-purulent diminua notablement pendant les jours où nous suspendîmes l'administration du médicament.

Le 22 juin, le malade va bien il ne souffre plus, ses urines contiennent encore un dépôt assez notable. Je prescrivis Dulcamara (3e dilution), II gouttes et au bout de quatre jours Dulcamara (TM) III gouttes. Le malade très amélioré a quitté l'hôpital le matin.

CYSTITE TRAUMATIQUE ?

Jeanne A..., âgée de 10 ans, entrée le 29 mai à l'hôpital Saint-Jacques, est couchée au lit n° 4 de la grande salle des femmes.

Cette enfant nous rapporte que quelques jours auparavant elle avait été renversée par une de ses compagnes et blessée grièvement d'un coup de genou dans le bas-ventre; elle affirme avoir uriné du sang dans les jours qui ont suivi ce traumatisme.

L'enfant a une fièvre intense 40°2 de température. L'hypogastre est le siège d'une douleur vive qui augmente

par la pression, s'irradie vers les aines et le périnée et donne à l'enfant la sensation du besoin d'uriner. La miction s'accompagne d'une douleur brûlante. L'urine recueillie dans un verre conique forme un dépôt considérable composé de pus et d'albumine.

On prescrit aconit (TM) X gouttes et le lait pour nourriture. Après quelques jours de ce traitement, la fièvre était tombée, le septième jour la douleur diminuée, mais les urines présentant toujours à peu près le même dépôt, on prescrit Cantharis (1re dil.) III gouttes. On monte à V gouttes les jours suivants. Sous l'influence de ce traitement le dépôt puriforme diminue considérablement. Les urines, toujours louches et contenant une certaine quantité d'albumine ne déterminent plus de douleur par leur émission.

Le 8 juin, la mère de la petite malade la fait sortir de l'hôpital malgré nos conseils. On ramène cette enfant le 13 juin. Elle a de la fièvre, 38° le matin 39° et 40° le soir. Elle accuse une vive douleur dans la région rénale du côté droit. Les urines présentent le même aspect qu'au début de la maladie. Aconit (TM) X gouttes. Sous l'influence du traitement, la fièvre décroît, les douleurs diminuent, les urines s'éclaircissent et le 18 la température est à 37°. On prescrit cantharide. Le 20, le mouvement fébrile s'accentue de nouveau, il est rémittent 38° le matin, 39° et 39°5 le soir. En même temps le rein gauche est le siège d'une douleur marquée. On revient à aconit (TM). L'amélioration reparaît encore sous l'influence d'aconit. La douleur du côté gauche disparaît. Les urines s'éclaircissent et la température redescend à 37. On prescrit cantharis (1re) III gouttes. Mais le 26 juin, après trois jours d'apyrexie, la température s'élève à 39° puis oscille aux environs de 38°.

Les douleurs ne sont pas revenues. L'urine est louche, renferme du mucus et de l'albumine ainsi que des tubuli rénaux. On remet la malade à aconit (TM).

Le mouvement fébrile continuant les jours suivants franchement rémittent, on prescrit 0 gr. 50 de sulfate de quinine le matin en une fois le 1er et le 3 juillet.

Le sulfate de quinine n'a rien produit, le mouvement fébrile continue toujours rémittent et au même degré. Il n'existe cependant aucune douleur rénale, même par la palpation la plus profonde; l'albumine a disparu des urines qui contiennent encore une certaine quantité de mucosités. On prescrit Veratrum viride (TM) III gouttes. Ce médicament continué pendant trois jours reste sans effet sur le mouvement fébrile. Le 6 juillet, je prescris Arsenic (3e) 0 gr. 20. La fièvre cesse dès le premier jour de ce médicament que nous continuons ; les urines sont claires l'enfant semble entrer en convalescence. L'examen des urines au point de vue de la présence du bacille de Koch a été absolument négatif. Nous avons continué arsenic. Bon état de l'état général et local. La malade semble entrer en convalescence.

(*A suivre.*) Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Escarres de l'isthme pharyngien et expulsion d'une fausse membrane tubulée, ayant simulé la diphthérie, causées par l'ingestion de l'acide chlorhydrique. — II. Syphilide exanthématique ayant respecté un membre atteint de paralysie infantile. — III. Albuminurie orthostatique. — IV. Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux.

I

Séance du 15 juin. — M. Le Gendre rapporte une observation très intéressante ayant causé une erreur de diagnostie.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, entrée le 13 avril à l'hôpital Tenon pour une abondante hématemèse, précédée et accompagnée d'une douleur atroce au niveau de l'estomac et de la région interscapulaire.

La malade est mise dans un service de chirurgie parce qu'on pense à un ulcère simple pouvant nécessiter une opération.

Les hémorrhagies diminuant et la malade se plaignant de douleurs de gorge, elle est envoyée dans le service du Dr Le Gendre le 18 avril.

Cette malade, dont un enfant a eu le croup cinq mois auparavant, présente une rougeur intense du voile du palais avec une fausse membrane sur l'amygdale gauche,

une partie de l'amygdale droite et le bord du voile palatin, adénopathie sous l'angle de la mâchoire des deux côtés.

Le 19, la culture sur sérum de l'exsudat ayant produit des colonies blanches, composés d'un bacille court, injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

Le 20. Etat stationnaire; la malade a rejeté la veille au soir, après des efforts de toux et de vomissements, une membrane volumineuse en partie tubulée. A ce moment son haleine aurait répandue une odeur infecte.

Le 21. L'aspect de la gorge étant le même, nouvelle injection de sérum de Roux. L'action du sérum est à peu près nulle et la membrane persiste jusqu'au 27 avril.

On apprend alors que cette femme, hystérique, qui avait essayé de s'asphyxier avec un réchaud, a, le 13 avril, à la suite d'une querelle de ménage, avalé quelques gorgées d'eau de rouille (acide chlorhydrique du commerce). Tous les accidents étaient sous la dépendance de ce caustique.

L'introduction d'une sonde œsophagienne fait reconnaître à 20 centimètre des arcades dentaires un rétrécissement qui rend la déglutition très difficile.

La malade qui est parti le 11 mai, rentre le 26, avec des troubles parétiques passagers du côté du voile du palais.

L'absorption du liquide devenant de plus en plus difficile elle est entrée dans le service de M. Lejars, qui pratique la gastrostomie et actuellement elle est nourrie par sa fistule gastrique.

II

M. Danlos rapporte l'observation d'un homme de 23 ans qui, six semaines après un chancre induré, présenta une syphilide exanthématique confluente, qui respectait com-

plètement, le membre inférieur droit; or ce membre avait été atteint de paralysie infantile et présentait un trouble de développement très marqué.

M. Al. Renault croit que l'unanimité des membres paralysés a été signalé pour toutes sortes d'éruption.

M. Merklen a observé autrefois à l'hôpital des enfants une variole chez un enfant atteint de paralysie enfantile, les pustules ne s'étaient pas développées sur le membre atrophié; il a vu d'autre part à l'hôpital St-Louis un malade atteint de psoriasis avec intégrité de la peau d'un membre atrophié par paralysie infantile.

III

M. Bourcy lit un travail sur l'*albuminurie orthostatique* (postural-albuminurie des Anglais). Pour être légitimement qualifiée d'orthostatique, l'albuminurie doit être de celles que n'influencent ni le régime, ni la fatigue, ni les émotions morales, ni l'heure à laquelle l'observation est pratiquée, et qui reconnaissent pour cause immédiate, pour *condition à la fois nécessaire et suffisante* le passage de la position horizontale à la verticalité

Les faits vrais d'albuminurie orthostatique sont relativement rares; M. Bourcy vient d'en observer deux cas.

Le premier se rapport à un jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital Tenon le 13 février dernier. Dans ses antécédents héréditaires, il n'y a à signaler qu'un frère probablement tuberculeux; il était déjà entré deux fois dans le service de M. Bourcy et avait chaque fois présenté de l'albuminurie légère, attribuée une fois à la grippe; lorsqu'il entra le 13 février, l'albuminurie existait en quantité notable.

Le 14, après son séjour au lit disparition complète de l'albumine.

Le 15, il se lève à 8 heures du matin ; dès 9 heures. l'urine contenait de l'albumine. Les jours suivants, selon que le malade reste couché ou se lève, absence ou présence de l'albumine dans ses urines. L'examen du malade montre qu'il n'est pas tuberculeux et qu'il ne paraît pas prédisposé à la tuberculose, qu'il n'est pas dyspeptique, qu'il n'est pas un nerveux ; par contre, il présente quelques signes de dégénérescence : voûte palatine ogivale, adhérence du lobule de l'oreille.

La seconde observation est aussi caractéristique : jeune fille de 19 ans, entrée le 21 mai ; aucun antécédents héréditaire ni personnel, sauf de la chlorose. Comme elle était venue à la consultation pour de la fatigue et des douleurs de reins, on examine les urines qui contenaient de l'albumine.

L'examen de tous les organes donna des résultats négatifs ; elle semblerait présenter de temps à autre, du côté des extrémités, des symptômes pouvant faire penser à de l'asphyxie locale des extrémités.

L'examen des urines fait chaque jour, à plusieurs reprises, démontra aussi qu'il existait de l'albumine dans la position debout, qu'il n'y en avait pas après le décubitus.

M. Bourcy considère que dans ces deux cas il ne peut pas s'agir de néphrites. Faut-il admettre l'influence de la pesanteur ? C'est possible, vraisemblable même ; il pense qu'il s'ajoute à cette action purement physique des phénomènes fluxionnaires d'origine nervo-motrice ; il se passerait, du côté du rein, quelque chose d'analogue à ce qui, dans la maladie de Raynaud, s'observe du côté des extrémités.

Pour M. MERKLEN, la question de l'albuminurie orthostatique est intéressante au triple point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et du pronostic. C'est une forme assez commune mais souvent méconnue d'albuminurie intermittente, parce qu'elle est habituellement latente. On la constate par hasard en examinant les urines pendant la convalescence d'une maladie infectieuse comme la scarlatine; ou bien on est amené à la rechercher chez un adolescent en croissance qui se plaint de fatigue, de vertiges, de douleurs de tête ou de reins, quelquefois de troubles dyspeptiques. Est-ce une séquelle de néphrite ou une albuminurie fonctionnelle? Son apparition seulement sous l'influence de la station debout, son évolution ultérieure, l'absence de tout autre signe de néphrite, la connaissance de cas analogues dans la même famille, car c'est souvent une maladie familiale, permettent ordinairement de conclure pour la seconde hypothèse.

Le caractère essentiel et constant de cette albuminurie est sa disparition dans la position couchée, son apparition sous l'influence de la station debout.

Il en a observé un cas dès 1885 avec M. Besnier. Il s'agissait d'un adolescent, qui avait été pris de vertige pendant une promenade à cheval; c'était un grand lymphatique à extrémités habituellement froides, et cyanosées. L'examen montra qu'il était albuminurique d'une manière intermittente ; son albumine ne se produisait que sous l'influence de la station debout, qu'il suivît ou non le régime lacté. Sur ces entrefaites, il fut pris d'une congestion pleuro-pulmonaire des plus violentes, avec fièvre qui dura trois semaines. L'albuminurie, dont on pouvait redouter l'aggravation, fit défaut pendant tout le cours de cette maladie; elle ne se montra pas davantage au moment de

la première alimentation, mais reparut le jour même du premier lever. M. Merklen rappelle ce cas parce qu'il remonte maintenant à seize ans, que l'albuminurie intermittente est allée en s'atténuant avec l'âge, qu'elle n'a pas empêché ce jeune homme de faire son service militaire dans un régiment de cavalerie sans que sa santé souffrît à aucun moment, qu'actuellement il est marié et bien portant. Il a observé deux autres cas à l'hôpital.

Le pronostic serait assez satisfaisant; cette affection ayant une tendance à s'atténuer avec l'âge; de plus elle peut disparaître pendant plusieurs mois, à la suite d'un séjour à la campagne et mieux encore après un séjour au bord de la mer ou à la montagne.

M. Rendu trouve que les faits dont MM. Bourcy et Merklen viennent de parler correspondent à un type clinique bien défini et constituent une maladie de l'adolescence dont le pronostic est bénin. Il n'en est pas de même de certaines albuminuries intermittentes, en apparence provoquées par la station debout et la marche que l'on observe chez les adultes et qui sont probablement symptomatiques d'une lésion rénale véritable.

M. Rendu rapporte l'histoire d'un médecin qui vint le trouver il y a une dizaine d'années pour de l'albuminurie. Tous les organes paraissaient sains, il n'y avait aucun œdème, la santé générale était parfaite; l'albuminurie était très variable, n'était pas influencée par le régime, mais diminuait ou disparaissait par le décubitus; elle augmentait par la marche et la station debout; quelque temps plus tard, atteint de grippe dans le Midi, il fut pris d'accident urémiques et succomba en quelques jours.

A la séance suivante (22 *juin*) la discussion continue et M. Achard lit l'observation d'une petite fille de 12 ans entrée à l'hôpital Tenon pour une albuminurie intermittente; elle avait déjà eu un peu d'albumine, il y a six ans, à la suite d'une maladie soignée à l'hôpital Trousseau, mais sur la nature de laquelle on n'est pas fixé.

Il y a trois ans, fièvre typhoïde légère ; depuis, souffre souvent de la tête, avec étourdissements ; à la consultation, on lui trouve de l'albumine.

Depuis que la malade est à l'hôpital on a constaté que son albuminurie disparaît complètement par le repos.

On trouve, dans ce cas, les caractères fondamentaux de l'albuminurie dite orthostatique. D'abord, elle se maintient constamment à un taux assez faible. Puis elle apparaît sous l'influence de la station debout, disparaît par le décubitus horizontal et le repos ; et même le repos prolongé a supprimé pour quelque temps l'action provocatrice de la station verticale. Elle est indépendante de l'alimentation ; le régime lacté ne l'a nullement modifié. Enfin, elle se présente chez un sujet adolescent.

Quelques autres caractères plus ou moins souvent signalés dans les observations se retrouvent dans celle-ci : l'absence de cylindres urinaires, l'abondance relative de l'acide oxalique, la présence de flocons d'apparence muqueuse.

M. Achard croit, chez la malade, pouvoir saisir les signes d'une lésion rénale à l'état d'ébauche, car il existe quelques symptômes fréquents dans les premières phases des néphrites chroniques : céphalalgie, fourmillements dans les extrémités, pollakiurie nocturne, crampes, tension du pouls ; enfin l'épreuve du bleu de méthylène

a montré une prolongation un peu excessive de cette élimination.

M. Widal croit aussi que les albuminuries légères, que l'on voit persister longtemps compatibles avec une bonne santé, doivent cependant être considérée comme symptmatiques d'une altération rénale.

M. Siberey signale des cas d'albuminurie reparaissant au bout d'un certain nombre d'années, à l'occasion de grossesses par exemple, ou d'une grippe, d'une infection légère, chez des personnes ayant eu antérieurement de l'albumine dans le cours de la scarlatine, de la diphtérie, etc.

M. Rendu dit qu'il y a bon nombre d'albuminuriques qui jouissent d'une santé excellente, et qui n'ont jamais de troubles fonctionnels, bien qu'ils aient constamment de l'albumine, parfois même en quantité notable. Le cas le plus démonstratif qu'il connaisse à cet égard est celui d'un médecin qui était son camarade d'études en 1866, et qui, à cette date, fut atteint d'une néphrite. Depuis lors, il est resté albuminurique, et jamais ses urines n'ont cessé de renfermer une dose d'albumine équivalente à 1 gramme au moins par litre, parfois davantage. Ce confrère exerce à Paris, et supporte sans fléchir les fatigues professionnelles ; depuis trente-quatre ans qu'il est albuminurique, il n'a jamais été sérieusement malade, et il n'éprouve aucun trouble de santé imputable à une insuffisance de la dépuration urinaire. Il est bien évident pourtant qu'il a des lésions glomérulaires, mais il paraît bien vraisemblable que ces lésions sont limitées et que, la plus grande partie du parenchyme rénal étant intacte, la fonction se maintient sans être notablement troublée.

— — —

M. Sevestre connaît deux cas semblables.

A la séance du 29 *juin*, M. Merklen revient sur la question de l'albuminurie orthostatique et il dit qu'il ne peut admettre l'opinion de M. Achard pensant que cette affection soit liée à une ébauche de lésion rénale; il n'a jamais vu cette variété d'albuminurie succéder à des albuminuries continues, prolongées, qui s'observent à la suite des néphrites infectieuses ; même quand il ne s'agit que d'albuminurie minime, celle-ci persiste dans la position couchée; en outre, on ne peut comparer au phénomène si régulier et si constant de l'albuminurie orthostatique les poussées légères et transitoires qui s'observent chez d'anciens néphritiques.

Nous sommes absolument de l'avis du Dr Merklen et nous pensons que dans la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hopitaux, il y a eu certaine confusion ; que MM. Bourcy et Merklen ont eu en vue une affection spéciale, l'*albuminurie orthostatique*, qui a ses caractères propres, son évolution spéciale, une tendance à la guérison et peu de gravité, et que leurs contradicteurs ont eu en vue des cas de néphrites à poussées irrégulières, que l'on ne doit pas confondre avec l'albuminurie orthostatique.

IV

(*Séance du 22 juin*). — M. L. Renon vient parler d'un nouveau médicament employé en Allemagne comme succédané du salicylate de soude l'*aspirine* ; c'est une combinaison d'acide acétique et d'acyde salicylique, l'acide acetyl-salicylique ; ce produit, presque insoluble dans l'eau, est facilement soluble dans les liquides faiblement alcalins, de sorte qu'il traverse l'estomac sans l'incommo-

der et qu'il se dédouble dans le suc intestinal en mettant l'acide salicylique en liberté.

Tout récemment H Liesau (1) a attiré l'attention sur ses propriétés antithermiques dans la pneumonie, la congestion pulmonaire grippale, etc ; M. Renon a pensé à l'administrer dans la fièvre hectique des tuberculeux ; il a choisi, dans ce but, les malades les plus près de son service et a administré l'aspirine à des doses variant de 1 à 3 grammes, par cachets de 0,50 à 1 gramme, espacés de midi à 5 heures ; le médicament a toujours eu une action sur la température, les jours de son emploi, mais dès le lendemain, dès le soir même souvent, le thermomètre remontait à son sommet ; il y a lieu de poursuivre les recherches pour voir si cette action est susceptible d'applications pratiques.

M. Faisans, tout en trouvant très intéressant les faits signalés, par M. Renon, croit qu'il y aurait du danger a faire passer cette médication du domaine expérimental dans le domaine de la thérapeutique usuelle, *primo non nocere.*

Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

Traitement de l'apoplexie sénile, par Delamater, de Chicago

Aconit. — Pâleur du visage, traits tirés, peau froide, pouls faible et lent, fourmillements et picotements, 3 X.

Agaricus. — Faiblesse cérébrale, vertiges, tremble-

(1) *Deutsche médic. Woch*, 24 mai 1900.

ments, perte de la mémoire, diminution de la vue. Indiqué dans les cas qui ont été précédés, de veilles inaccoutumées, d'excitation cérébrale, et surtout lorsqu'il y a beaucoup de tressaillements des muscles de la face et des membres et de la dilatation pupillaire, 3 X.

Arnica. — Apoplexie traumatique et apoplexie séreuse surtout ; dans l'apoplexie hémorrhagique, il est surtout utile pour favoriser la résorption, 30e.

Baryta iod. — Cas chroniques, pour favoriser la disparition des caillots. Convient surtout aux vieillards délicats et pour empêcher les rechutes, surtout à la suite d'excitation génitale, 6 X.

Belladonna. — Congestion de la face, battements violents des carotides, pouls plein, dur et fort, rougeur des yeux, dilatation des pupilles, marmonnement, torsion de la bouche, difficulté ou impossibilité d'avaler, respiration difficile, 3 X.

Cocculus. — Sensation de vide dans la tête, vertiges, beaucoup de nausées et de vomissements, tendance à s'évanouir, fourmillements dans les mains et les pieds, difficulté de parler et même de penser, 6 X.

Conium mac. — Figure boursouflée, pourpre ou livide, peau froide, pouls lent et faible, pupilles contractées, respiration excessivement difficile et oppression. Franchement homœopathique à la paralysie, 2 X.

Cuprum aceticum. — Lorsqu'il y a avant ou pendan l'apoplexie des convulsions, pâleur inaccoutumée, manque de bile, 6 X.

Ferrum phosph. — Violente congestion artérielle de la tête avec forts battements du cœur et des artères, grande rougeur et chaleur de la face, violent mal de tête, plénitude de la tête, chaleur de la peau, vertige par suite de

l'afflux du sang à la tête. Convient particulièrement aux hémorrhagies et aux embolies, 6 X.

Ipéca. — Beaucoup de nausées et de vomissements, avec respiration fort oppressée, 3 X.

Glonoïne. — Congestions graves et soudaines, 4 X à 30e c. Lorsque le collapsus est imminent, à la dose d'un grain de la 1re ou 2e centésimale, il peut quelquefois sauver la vie.

Hyosciamine. — Lorsqu'il y a beaucoup d'excitation nerveuse, plus ou moins de délire et des tressaillements musculaires, 4 X.

Nux vomica. — Le meilleur remède de l'apoplexie avec convulsions. Les membres sont en état de contraction rigide permanente, la figure est pâle ou livide, les pupilles contractées, 30e.

Opium. — On peut employer la teinture pendant la période de coma, la 3e X dans les congestions moyennes avec bruits dans la tête, difficulté de parler et d'avaler, pouls mou et lent, un peu de perte de conscience et de la somnolence. On l'emploiera à la 30e, lorsqu'il y a tendance à l'excitation, parler confus, agitation, rougeur de la face et des yeux, contraction des pupilles, la langue est tirée d'un côté et le côté paralysé est froid.

Phosphorus. — Grand épuisement chez des malades débilités, pouls petit, faible, rapide et mou, membres froids, hoquet, respiration pleine de râles, sueur froide et visqueuse, 30e.

Dans les cas qui sont sous la dépendance de la syphilis, on peut prescrire l'iodure de potassium à dose pondérable ou nitri acidum à dose infinitésimale.

Il faut combattre les contractures par des mouvements passifs et les paralysies par le massage et l'électricité.

(*Medical Era*).

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES VALVULAIRES PAR COWPERTHWAITE, DE CHICAGO

Ce traitement doit s'étudier pendant la période de compensation, puis après la période de compensation.

1° Période de compensation. — A cette période, il faut tâcher de maintenir le sujet dans le meilleur état de santé possible en lui faisant observer les règles de l'hygiène et de la diététique. Quant aux médicaments, on a rarement l'occasion de les employer et encore ne peut-il le faire qu'avec beaucoup de précautions. C'est ainsi qu'on pourra parfois prescrire *Veratrum vir.* lorsque les battements du cœur sont trop violents et trop fréquents, 1 ou 2 X. *Glonoine* 3 X dans les cas de lésions aortiques. *Lycopus* T. M. calme l'action du cœur surtout quand les progrès de l'hypertrophie déterminent de l'hémorrhagie pulmonaire. *Cactus* 2 X convient aussi dans l'hypertrophie, surtout quand il y a la sensation bien connue d'un lien de fer qui s'opposerait aux mouvements normaux du cœur.

2° Période de non-compensation. — A cette période il faut ordonner le repos absolu et avoir recours à l'un des médicaments suivants :

Digitalis. - C'est le remède qui passe avant tous les autres lorsque la compensation est insuffisante ; les symptômes qui l'indiquent sont les suivants : dyspnée avec anxiété, faiblesse de l'action du cœur, battements plus fréquents et intermittents, quelquefois irréguliers ; pouls filiforme, lent et intermittent ; pouls irrégulier, petit, faible et saccadé lorsqu'on s'assied doucement après avoir été allongé. Il faut l'employer à dose physiologique, et l'on donnera par exemple quelques gouttes de la 1re décimale ou de la teinture mère toutes les deux ou trois

heures. Dans certains cas il ne faut pas hésiter à donner une infusion de la substance.

Convallaria. — Il agit surtout sur le cœur droit, contrairement à *digitalis*, et convient surtout dans les terribles accès de dyspnée dus à la dilatation du cœur droit et par suite à la stase veineuse. Il agit admirablement chez les femmes très nerveuses qui sont atteintes de maladie de cœur. Il faut donner d'une à dix gouttes de la teinture-mère toutes les deux ou quatre heures, selon le besoin.

Caféine. — C'est un médicament que l'on peut essayer lorsque la digitale n'agit pas, et sous forme de citrate il réussit bien dans le cas d'affection cardiaque consécutive à une maladie des reins. On l'emploie en injections hypodermiques ou sous forme de tablettes de la 1re trit. déc.

Strophantus. — Convient aussi mieux aux cas consécutifs à une maladie de Bright, lorsqu'il y a de l'artério-sclérose avec urines pâles et abondantes. T M ou 1re décimale.

Crategus. — Ce médicament ne donne pas tout ce qu'on pouvait en attendre d'après ses premiers expérimentateurs. Le Dr Cowperthwaite le recommande dans l'anévrysme lorsqu'il y a de l'artério-sclérose et une forte tension du pouls.

Glonoïne. — Utile dans les affections de l'orifice aortique lorsqu'il y a les symptômes cérébraux et pulmonaires du médicament avec une tension artérielle élevée, 2e X.

Strychnine. — Spécialement utile à la dernière période de la dilatation cardiaque pour stimuler le cœur, s'emploie en injection hypodermique, ou en tablettes de la 2e décimale.

Agaricine. — A quelquefois bien agi dans des cas de

dilatation du cœur droit à la dose de deux ou trois grains de la 1re décimale, lorsqu'il y a en même temps une forte transpiration.

Spartéine. — Surtout utile dans les cas compliqués de néphrite et qui s'accompagnent de beaucoup d'hydropisie. Souvent alors, on ne constate à l'auscultation aucun souffle. Sulfate de spartéine 1re décimale (*Medical Era*).

Pathogénésie de l'aconit par le Dr Edward Fornias

L'aconit agit sur le système nerveux et sur les divers organes du corps humain.

Du côté du système nerveux il faut étudier son action, sur l'esprit et le sensorium, sur les centres thermiques, sur les sensations et la motilité et enfin sur les sens spéciaux. Voici les symptômes qu'il produit :

Esprit et sensorium. — Grande anxiété et pressentiment de l'approche de la mort, grande tendance à s'effrayer surtout au milieu des foules, la nuit, et dans l'obscurité avec crainte de revenants, humeur changeante; appréhension, tristesse, vertige en quittant la position allongée avec pâleur mortelle, évanouissement et perte de la vue. Délire la nuit.

Centres thermiques.— Troubles de la thermogenèse, frissons alternant avec de la chaleur ou suivis d'une chaleur sèche, brûlante et constante. Frissons qui vous secouent, frissons lorsqu'on est découvert ou qu'on vous touche. Pas de périodicité, fièvre du type sthénique et continu.

Troubles des sensations et de la motilité. — Douleurs lancinantes ou perforantes à rendre fou, la nuit, et qui forcent à gémir ou à crier. Fourmillements, engourdissements, brûlures, piqûres ou sensibilité douloureuse des

parties atteintes. Agitation extrême et remuement perpétuel, pincements, soubresauts, faiblesse paralytique et lassitude.

Troubles des divers sens. — Exagération de la sensibilité, impossibilité de supporter la lumière ; hyperacousie, on ne peut supporter la musique qui d'ailleurs vous rend triste ; exagération de l'odorat, goût perverti, tout semble amer ; on ne veut pas être touché ou découvert, anesthésie incomplète.

Du côté des autres organes on observe les symptômes suivants :

Circulation. — Troubles dans la distribution du sang, sans altération dans sa qualité ; le cours du sang artériel est excité, ce qui produit des congestions aiguës et l'inflammation des divers tissus et organes du corps. Hémorrhagies actives, d'un sang rouge vif, écumeux, qui sort facilement. Troubles des fonctions du cœur : violentes palpitations, oppression cardiaque, pouls dur, plein, bondissant, syncope. Accès de douleurs de coup de poignard qui s'irradient jusqu'en bas du bras gauche avec engourdissements et fourmillements des doigts et peur de la mort.

Respiration. — Respiration anxieuse et laborieuse, larynx sec et resserré, accès de suffocation surtout la nuit au sortir du premier sommeil et qui force l'enfant à s'asseoir ou à porter la main à sa gorge chaque fois qu'il tousse, comme s'il étranglait. Toux sèche, courte, douloureuse, spasmodique, rauque et lorsqu'il y a de l'expectoration, celle-ci est teintée de sang rouge vif. Douleur de piqûres dans la poitrine en toussant.

Nutrition et sécrétion. — Diminution des sécrétions, quelquefois augmentation, souvent suppression par suite de froid, de frayeur ou d'ennuis. Comme résultat de ces

troubles sécrétoires nous avons les muqueuses et la peau sèches, chaudes et brûlantes. Digestion imparfaite. Lèvres, bouche et pharynx sèches et congestionnées, langue sale et engourdie, goût perverti, haleine mauvaise, perte de l'appétit avec nausées et vomissements de bile. Soif inextinguible, paresse des intestins, selles petites, couleur d'argile, visqueuses ou comme de l'herbe hachée. Urine peu abondante et fébrile qui laisse déposer des urates. Règles peu abondantes. Suppression des lochies. Les seins sont chauds et sans lait. Leucorrhée abondante et visqueuse.

Principales caractéristiques. — Grande anxiété, peur de l'approche de la mort, agitation incessante, peur de l'obscurité et des revenants, peur des endroits où il y a de la foule. Excitation artérielle. Congestion ou début d'inflammation. Douleurs intolérables qui rendent fou. Augmentation de la thermogénèse du pouls, des respirations, avec éréthisme, diminution des sécrétions, peau sèche et chaude.

Urine fébrile peu abondante, constipation, sensibilité exagérée des divers sens. Horreur de la musique qui rend triste. Beaucoup des symptômes s'accompagnent d'anxiété. Soirée et nuit. Air libre.

Causes des troubles. — Exposition au froid ou aux courants d'air froid, vents secs et froids. Arrêt de la transpiration. Indignation et peur. Excitation, frayeur, colère, chagrin.

D[r] G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU TIC DOULOUREUX PAR LES COURANTS CONTINUS.

M. S. DUBOIS DE SAUGEON lit un travail à la Société de thérapeutique sur le *traitement par l'électricité à courants continus du tic douloureux de la face.* Cette variété de névralgie du trijumeau a toujours passé pour être incurable. Trousseau, Charcot, Gilles de la Tourette affirment n'avoir pas connu un seul cas de guérison.

Les observations de guérison, même celles se rapportant à des malades ayant subi la section, l'élongation du nerf, n'ont pas pour elles la consécration du temps.

On peut leur opposer cette objection :

« Le malade que vous croyez guéri est dans une période d'accalmie, il aura une récidive ». C'est malheureusement ce qui arrive presque toujours, même après des opérations aussi graves et aussi radicales que l'ablation du ganglion de Gasser.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation publiée par M. Dubois de Saugeon, c'est que son malade, âgé de cinquante ans, atteint d'un tic douloureux héréditaire datant de l'âge de six ans, est guéri sans récidive depuis vingt-six ans. Il vit encore il va avoir soixante-dix-sept ans ; on peut donc le considérer comme radicalement guéri par l'électricité à courants continus.

(*Archives de thérapeutique*, mars 1900).

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1900

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE L'INFLUENCE DES TRAVAUX DE PASTEUR SUR LA THÉRAPEUTIQUE CONTEMPORAINE.

Par le professeur HAYEM.

M. le professeur Hayem sous le titre, *Leçons sur les maladies du sang*, vient de publier un livre qui contient l'histoire de la chlorose, des anémies, des leucocytémies et des maladies hémorrhagiques. — C'est dans un chapitre de ce livre que M. Hayem expose la manière dont il comprend l'influence de l'école de Pasteur sur la thérapeutique. Le professeur Hayem jouit d'une autorité trop légitime pour que nous laissions passer inaperçue son exposition doctrinale.

Si M. Hayem a le tort de comprendre comme le vulgaire des médecins l'action pathogène du microbe, il se sépare bientôt de la foule en interprétant sainement l'action thérapeutique des toxines et les rapports intimes qui unissent la question immunité et la thérapeutique. Il enseigne que les toxines microbiennes et les sérums thérapeutiques n'agissent dans la cure de la maladie que par un mouvement qu'ils excitent dans l'organisme. Il rejette donc comme une hypothèse et une puérilité

l'opinion jadis si répandue de l'action directe des sérums sur les microbes pathogènes. Les microbicides internes si recherchés il y a vingt ans n'agiraient que par l'intermédiaire de l'organisme.

Remarquons que c'est là la doctrine d'Hippocrate *Natura medicatrix*. C'est l'organisme qui guérit et dans les cas particuliers dont nous parlons, le sérum est l'instrument dont il se sert pour la cure des maladies.

Cette doctrine est acceptée par le professeur Bouchard et c'est celle que nous enseignons dans nos éléments de pathologie générale. Au milieu des difficultés si considérables qui environnent encore les questions de thérapeutique, le rapport qui unit l'immunité et la thérapeutique est certainement le point de doctrine le plus propre à nous guider à la recherche des lois qui règlent l'art de guérir. J'ai écrit : « La vaccination et la guérison des malades sont deux actes de même nature, car les sérums qui confèrent l'immunité sont aussi ceux qui guérissent... J'ajoute que l'immunisation acquise est, comme la guérison, un acte de la cellule organique et ces deux actes sont tellement comparables que, dans un certain nombre de cas, le même sérum est à la fois immunisant et curatif » (*Pathologie générale*, page 187).

Le professeur Hayem a compris comme nous les rapports de l'immunité et de la thérapeutique et s'il ne l'a pas dit aussi explicitement, cela découle logiquement de la lecture de sa leçon.

Nous reprochons au professeur Hayem de n'avoir pas saisi exactement la pensée féconde qui a guidé Pasteur dans ses grandes découvertes de thérapeutique. Il attribue toutes ces découvertes à l'*empirisme*. Or non seulement c'est là une erreur de fait ; mais de plus c'est une preuve

que M. Hayem n'a pas compris le principe qui a guidé Pasteur.

On peut dire que Pasteur était hanté par l'*idée de vaccination*, à tel point qu'il a employé ce terme pour désigner les inoculations préventives et curatives qu'il préconisait.

Jenner préservant de la petite vérole par un virus analogue à celui de la petite vérole est le frère direct et légitime de Pasteur guérissant ou prévenant la rage et le charbon par le virus de la rage et du charbon. Le fait n'est ni contesté ni contestable et contre lui il n'y a qu'une objection à faire. C'est celle-ci : Les vaccinations et les guérisons obtenues par un virus analogue à celui qui produit la maladie relèvent de la loi de similitude. Mais l'objection dont nous parlons serait à la fois un acte de mauvaise foi et de mauvaise humeur. Nous n'insisterons pas davantage.

En terminant, justifions la critique émise en commençant cet article. M. Hayem croit encore que les microbes pathogènes ou plutôt leurs toxines sont la cause des maladies.

C'est là une erreur.

Si le microbe pathogène était vraiment la cause de la maladie, il la produirait toujours. Or il suffit d'avoir observé une épidémie de choléra ou de fièvre jaune ou de peste pour savoir que dans une agglomération habitant le même lieu, respirant le même air, buvant les mêmes eaux et soumise à l'influence du même microbe pathogène, les uns sont malades, les autres jamais, et parmi ceux qui sont malades avec le même microbe, les uns ont une maladie bénigne, les autres une maladie grave. En sorte qu'ici comme en thérapeutique nous retrouvons l'autocratie de

l'organisme qui, avec le même microbe, peut faire toutes les formes d'une maladie et même la plupart du temps combattre victorieusement l'action du microbe et annihiler ses toxines, et de même que le médicament n'est que l'instrument de la guérison des maux de l'organisme, le bacille pathogène n'est qu'un instrument pour faire la maladie et c'est pour cela que nous l'avons classé parmi les *causes instrumentales.*

Dr P. Jousset.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Fièvre typhoide

Dans le courant du mois de juin, nous avons eu 4 fièvres typhoïdes. Toutes ont été bénignes à l'exception du malade de la chambre 11 qui a présenté une forme commune avec hémorrhagie intestinale.

Des trois autres : un jeune garçon de 10 ans couché au n° 15 de la grande salle et dont la défervescence s'est produite dans le cours de la seconde semaine. Il a présenté la diazo-réaction et a été traité par iodium (3e) III gouttes.

Ce malade, sans diarrhée, ne présentait comme indication qu'une fièvre de 39°5 et je lui ai prescris l'iodium parce que ce médicament a déjà été employé avec succès en homœopathie dans la typhoïde et qu'il aurait la propriété de produire chez l'animal la tuméfaction des plaques de Peyer.

Au n° 6 de la grande salle des femmes, nous avons eu

une malade de 23 ans, grande et forte, qui a eu une fièvre typhoïde très bénigne. Le mouvement fébrile a atteint 39°5 les premiers jours et la défervescence s'est produite au commencement du second septenaire.

Nous avons maintenu le diagnostic de fièvre typhoïde non seulement parce que les urines ont présenté la diazo-réaction, mais parce qu'elle a eu une éruption abondante de taches lenticulaires.

Comme à son arrivée elle avait de la diarrhée, on prescrivit muriatis acidum (3e dilut.) V gouttes, puis ensuite pendant huit jours china (6e).

Au n° 7 de la grande salle des femmes est entrée une enfant de 8 ans. Avec une fièvre typhoïde assez intense, la température atteignait 40°2. La défervescence se produisit le 16e jour. Elle eut une diarrhée très fréquente et resta très somnolente pendant la période fébrile. On put constater l'existence des taches lenticulaires.

Comme la diarrhée était pâle, on prescrivit phosphori acidum (3e dilut.).

Dans la chambre n° 11 est entré un jeune homme de 28 ans atteint de fièvre typhoïde de forme commune, il était déjà au dixième jour de sa maladie. La défervescence ne se produisit que le 24e jour. Comme il avait une diarrhée abondante, il fut traité par muriatis acidum (3e.)

Le 18, ce malade fut pris d'une légère hémorrhagie intestinale, pour laquelle on prescrivit phosphori acidum (1re décimale) XXX gouttes et ipéca (1re trit. déci-) 0 gr. 50. L'hémorrhagie n'eut pas de suites. Le traitement fut continué par précaution pendant huit jours, puis le malade fut mis à china (6e). A partir du premier

jour de la défervescence, on lui accorda la permission d'user d'aliments avec une très grande prudence.

Depuis le commencement du mois de juillet, cinq nouveaux cas de fièvre typhoïde se sont présentés dans nos salles ; trois bénignes ; une forme *commune* moyenne et enfin chez une enfant de dix ans une forme très grave à température constamment au-dessus de 40° avec délire et grande agitation.

Epidémie de scarlatine

(*Mai — Juin — Juillet* 1900)

Une épidémie assez nombreuse de scarlatine a régné à Paris pendant le printemps de 1900 et l'hôpital Saint-Jacques a reçu 13 de ces malades. Tous ces malades ont présenté la forme commune avec une intensité variable ; ils ont offert un tableau complet de la scarlatine, telle qu'on l'observe aujourd'hui en France. Mouvement fébrile intense accompagné de vomissements au début. Température atteignant facilement 40°. Durée habituelle du mouvement fébrile, sept et neuf jours et exceptionnellement quatre jours. Le mal de gorge classique, la stomatite avec état caractéristique de la langue, n'ont jamais fait défaut. La somnolence a été observée chez quelques-uns, mais jamais le délire.

Nous devons noter, en dehors des symptômes ordinaires, le bacille de Löffler, trouvé dans les fausses membranes d'un de nos malades, le rhumatisme scarlatineux observé dans deux cas, et chez l'une des malades, un très faible degré d'endocardite.

L'éruption toujours très intense a suivi sa marche ordinaire et a été constamment mélangée d'éruption miliaire,

ce qui est le caractère commun de la scarlatine à notre époque. L'albuminurie a été notée chez plusieurs malades, mais d'une manière très passagère.

Traitement. Aconit (T M) de X à XX gouttes Régime lacté et séjour au lit pendant la durée de l'éruption. Séjour à la chambre pendant quarante jours.

Observation particulière. — Un cas de récidive dans la convalescence

Un grand garçon de quinze ans couché au n° 3, petite salle, a présenté la forme commune de la scarlatine sans complications avec un mouvement fébrile d'une durée de quatre jours. Il subit une desquamation complète et le 40e jour de sa maladie on lui accorda son exeat. Il rentra deux jours après, le 12 juin, avec une nouvelle éruption ayant tous les caractères de la scarlatine, angine, langue saburrale, rouge, fièvre à 39°1. On lui prescrivit aconit (T. M.) X gouttes les jours suivants, belladone contre l'angine, la fièvre ayant complètement cessé.

Quoique cette rechute eut été excessivement bénigne, le malade n'en commença pas moins une desquamation complète à larges lambeaux. Les urines n'ont pas présenté d'albumine.

Une seconde scarlatine survenant chez le même sujet est une chose fort rare. La récidive est aussi rare ici que dans la typhoïde et la variole. Cependant, il en existe des exemples authentiques. Tantôt la récidive se produit après plusieurs années, plus rarement elle a lieu pendant la convalescence. Comme dans la typhoïde à rechute, la scarlatine à peine achevée recommence. Habituellement, le second accès est moins intense que le pre-

mier. Ça été le cas du malade dont nous avons rapporté l'observation.

Rhumatisme articulaire scarlatineux

Sur les douze cas traités dans cette petite épidémie, nous avons observé trois cas de rhumatisme scarlatineux. Les trois cas ont été très bénins et sans complications sérieuses.

La chambre n° 1. — Une femme de 35 ans nous a présenté un cas de scarlatine d'une intensité moyenne. Le mouvement fébrile a duré neuf jours, et cette malade a présenté comme caractère particulier de nombreux vomissements. Aconit (T. M.) XX gouttes par jour lui fut prescrit.

Dans la seconde semaine de la maladie, alors que la fièvre était tombée, la malade se plaignit de douleurs dans les doigts des mains et les poignets. Ses articulations étaient gonflées. Comme la malade présentait un léger prolongement du second bruit à la pointe, je lui prescrivis Cactus (T.M.) III gouttes eau 125. Une cuillerée toutes les 4 heures.

Au bout de trois jours de traitement les symptômes avaient complètement disparu.

Les arthrites, toujours dans les doigts et les poignets, reparurent dans la 3e semaine, mais à un degré très faible, sans aucune complication ni réaction fébrile. Le sulfate de quinine à dose de 0,40 en 4 cachets pendant trois jours, diminua considérablement les douleurs. Après quelques jours on fut obligé, de reprendre l'usage du sulfate de quinine qui avait été suspendu trop tôt et qui finit par amener la guérison.

Le second cas de rhumatisme scarlatineux apparut au

déclin du mouvement fébrile vers le huitième jour, chez une jeune fille atteinte d'une scarlatine d'intensité moyenne, caractérisée par une éruption qui avait à un haut degré le caractère miliaire. Les arthrites siégeaient dans les doigts et les poignets comme chez la malade précédente. Les accidents disparurent en quelques jours sous l'influence du sulfate de quinine.

Une troisième malade a présenté, dans la convalescence de la scarlatine, des symptômes fugaces d'arthrite des doigts et des mains qui disparurent sans traitement.

En résumé, chez nos malades, les arthrites rhumatismales survinrent à la fin du mouvement fébrile, siégèrent dans les membres supérieurs et cédèrent facilement à de petites doses de sulfate de quinine.

Un seul de nos malades a présenté un mal de gorge diphtéritique. Sa scarlatine était d'intensité moyenne et le mal de gorge serait passé inaperçu, si nous n'avions point fait d'examen bactériologique. La fausse membrane occupant une partie de la gorge contenait des bacilles de Lofler, aussi nous isolâmes complètement le malade. Le mouvement fébrile ne dépassa pas 39°5. Il cessa complètement le cinquième jour. Le malade fut traité par le cyanure de mercure (3e trituration). Les injections du sérum de Roux nous parurent inutiles. La fausse membrane disparut au bout de quatre ou cinq jours, mais les bacilles de Lofler furent constatés pendant trois ou quatre jours sur la muqueuse. Cette complication n'eut aucune suite. Le malade se rétablit complètement.

Rhumatisme articulaire aigu

Mlle Victorine, 31 ans, entrée à l'hôpital Saint-Jacques, le 15 juin 1900. Cette femme, brune et d'une forte cons-

titution, est atteinte depuis le 11 juin d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre. A son entrée, les articulations du poignet sont principalement atteintes, la douleur est considérable, il y a peu de gonflement. La température oscille entre 39° le matin et 40° le soir. Les jours suivants, les épaules, les genoux se prennent. Pendant cinq jours, cette malade prend de l'aconit (T. M.), X gouttes, sans modification ni sur le mouvement fébrile ni sur les douleurs. Bryone est prescrit à cause de la douleur par le moindre mouvement (6e dilut., II gouttes). Aucune action, je prescris le sulfate de quinine 1 gr. en 4 cachets. La fièvre diminue immédiatement ainsi que les douleurs. Au bout de cinq jours, la température atteint à peine 38° le soir et le matin 37°. Pendant deux jours, j'augmente la dose du sulfate de quinine, 1 gr. 50 en 4 cachets; le 2e jour de cette dose, la fièvre remonte à 39°. En même temps des nouvelles jointures sont atteintes. Nous avons donc eu une rechute que le sulfate de quinine a été impuissant à faire cesser. J'ai prescrit l'aconit (T.M.) XXX gouttes; ce médicament continué pendant trois jours a amené une défervescence continue de 39°2 à 37°.

L'aconit est continué encore pendant deux jours, associée à la belladone (T. M.). Mais la température augmente encore et les douleurs deviennent intolérables. Je reviens au sulfate de quinine 1 gr. en 4 cachets. Mais une diarrhée considérable, 10 à 12 selles par 24 heures, me forcent d'interrompre ce médicament pendant deux ou trois jours, je le remplace par colchicum (T.M.), III gouttes.

Le 7 juillet, la diarrhée ayant cessé, les douleurs étant très intenses, la température à 39°, je recommence le sul-

fate de quinine, 1 gr. en 4 cachets. Dès le lendemain matin, la fièvre tombe à 37°5, pour remonter à 38° le soir, puis l'apyrexie s'établit complètement, en même temps que les douleurs diminuent de jour en jour. Le 14 juillet, la malade semble convalescente.

Le cœur, surveillé attentivement pendant toute la durée de la maladie, est resté indemne.

L'action du sulfate de quinine a été incontestable, rapide, agissant à la fois sur les douleurs et sur le mouvement fébrile; dans ce cas, vingt-quatre heures ont suffi pour établir son action. Au commencement du 3ᵉ septenaire, les douleurs et le mouvement fébrile ont repris quoique plus modérés qu'au début, mais très intenses encore malgré le sulfate de quinine. Pourquoi?

Nous avons ensuite une action notable de l'aconit à très haute dose sur le mouvement fébrile. En trois jours la température a baissé de 2 degrés sans oscillation. Mais les arthrites n'ont point été modifiés. Nous n'avons pu prescrire le sulfate de quinine pendant la diarrhée considérable éprouvée par la malade, parce que, dans ces cas, le sulfate de quinine augmente la diarrhée et il ne développe pas son action curative. Aussitôt que la malade a pu prendre le sulfate de quinine, son action s'est manifestée au bout de vingt-quatre heures et, cette fois, son action a été définitive.

AORTITE CHRONIQUE

Mme X..., âgée de 42 ans, entrée le 17 mai 1900 au lit nº 2 de la grande salle. Cette femme, d'une forte corpulence, s'est aperçue d'une dyspnée notable il y a quelques mois. Cette affection semble s'être développée à la suite de la grippe.

Etat actuel. — Dyspnée même au repos, mais s'aggravant p melm oindre arouvement. Douleur dans la région présternale s'aggravant par la pression dans les espaces intercostaux Matité aortique augmentée, avec bruit très dur surtout au premier temps. Arythmie marquée. Urines peu abondantes et contenant un peu d'albumine 0 gr. 50 par litre.

Pendant 3 jours cette malade prend tuberculine 6e dilution. Sous l'influence de ce médicament l'albumine disparaît.

Du 21 au 24, la malade est mise à l'usage d'Aconit (T.M.) XX gouttes par jour. Les douleurs sous-sternales diminuent, mais l'arythmie persiste toujours. C'est pourquoi le 25 mai nous prescrivons le sulfate de spartéine à dose de 0 gr. 025 par jour. Ce médicament est alterné tous les 4 ou 5 jours avec Aconit 1re trituration décimale, mais à partir du 4 juin nous revenons définitivement à la spartéine dont l'action nous paraît décisive sur la maladie. Nous portons la dose à 0 gr. 10 et le médicament est continué jusqu'au 22 juin. A ce moment, la dyspnée est beaucoup moindre, l'arythmie a presque complètement disparu. Il n'y a plus d'albumine depuis longtemps. Nous prescrivons iodure de sodium 2 grammes dans 125 grammes d'eau, 2 cuillerées par jour.

Sous l'influence de cette médication la malade se trouve beaucoup mieux. Elle peut monter les escaliers plus facilement.

Au commencement de juillet cette malade a eu ses règles assez difficilement ; son état s'est aggravé l'oppression a augmenté. Nous l'avons remise à l'usage d'Aconit 1re trituration décimale et son état commence de nouveau à s'améliorer.

Endocardite chronique mitrale.

Mme X..., âgée de 34 ans, entrée le 21 mai et couchée au nº 9 de la grande salle.

Cette femme a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a neuf ans, et au cours de cette maladie a été prise d'une endocardite aiguë localisée sur la valvule mitrale.

A son entrée dans le service, le cœur présente un bruit de souffle très marqué à la pointe et au premier temps. La malade est oppressée même au repos. Cette femme est assez mal réglée, sujette à des vertiges, les urines sont peu abondantes et ne contiennent pas d'albumine. C'est là un cas des plus ingrats pour la thérapeutique. Cette femme porte en effet une lésion cardiaque absolument incurable. La compensation qui s'était établie pendant 7 ans, affaiblie sous l'influence de 3 attaques de grippe successives, est maintenant fort menacée comme l'indiquent le retour de la dyspnée et les vertiges. Malheureusement cette diminution dans l'énergie cardiaque ne peut guère s'expliquer que par un commencement de dégénérescence de la fibre musculaire et c'est pour cela sans doute que la digitaline au millième, prescrite pendant douze jours à la dose de V gouttes par jour, est restée à peu près sans effet. L'iodure de sodium que cette malade a pris ensuite pendant douze jours aussi n'a point produit de résultats définitifs quoique cependant la quantité d'urine ait augmenté sous l'influence de ce médicament, d'où on peut conclure que la contraction cardiaque a été plus énergique.

Maintenant cette malade prend strophantus (T.M.). Nous avons commencé par III gouttes par jour. Aujourd'hui

14 juillet nous sommes arrivés à VI gouttes; depuis que le médicament a été prescrit à dose de VI gouttes, la malade se trouve mieux.

Insuffisance Mitrale. — Cachexie cardiaque

Nous avons déjà donné l'observation de cette malade pendant la dernière quinzaine de mai. Nous allons continuer son histoire pathologique jusqu'à ce jour 20 juillet.

Le 1e juin, la malade était dans un état grave avec une grande dyspnée; elle urinait peu et ses urines renfermaient 4 grammes d'albumine par litre. L'anasarque était excessif: nous avons pratiqué de nombreuses mouchetures sur les membres inférieurs, mouchetures qui ont donné écoulement à une grande quantité de liquide, puis nous reprenons l'usage du sérum d'anguille à la dose de 0 gr. 05 1re trituration dans 125 grammes d'eau.

Le 7 juin, la malade est bien mieux, elle respire plus facilement; elle a beaucoup désenflé et ses urines ne contiennent plus que 0 gr. 40 d'albumine. Le traitement est suspendu pendant 3 jours et repris le 11, continué jusqu'au 16 et les urines ayant beaucoup diminué en même temps que l'albumine avait remonté à 2 grammes, nous avons prescrit 1 gr. 50 de théobromine. Ce médicament produit son effet palliatif immédiatement; les urines atteignent 2 litres, l'albumine tombe à 0 gr. 30 et la malade accuse un mieux considérable.

Cette amélioration ne dure pas et le 24 la malade n'urinant que 200 grammes et 1 gr. 50 d'albumine, on revient au sérum d'anguille.

Le 2 juillet, je fais faire une injection hypodermique de 0 gr. 01 de 1re trituration de sérum d'anguille dans l'eau stérilisée, l'albumine diminue et disparaît même complè-

tement le 6 juillet ; nouvelle injection de sérum le 8 : les urines sont toujours peu abondantes et l'albumine reparaît à la dose de 1 gramme le 14 juillet. A ce moment la malade est prise de douleurs atroces dans l'hypocondre gauche : nous prescrivons pour ces douleurs Colocynthis TM ; les douleurs diminuent rapidement et disparaissent et le 17 la malade ayant encore 1 gramme d'albumine, nous reprenons l'usage du sérum d'anguille.

D[r] P. Jousset.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOMŒOPATHIE

DE L'EXPOSITION DE 1900

CALCAREA CARBONICA

DANS LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

La majorité des cas de colique néphrétique est due à un calcul des reins qui se trouve engagé au commencement du canal de l'uretère, ou à un calcul qui passe des reins à travers l'uretère et jusqu'à la vessie.

Primitivement, ces formations sont dues à une nutrition défectueuse. Des sels divers, qui, normalement, doivent être chassés dans l'urine, sont déposés dans les reins. D'abord on évacue des parcelles de sable fin connu sous le nom de gravelle. Plus tard, ces parcelles peuvent devenir plus volumineuses par des concrétions déposées sur la surface, et on les appelle des calculs. Cette progression peut se continuer jusqu'à ce que la pierre ou les pierres deviennent d'une dimension considérable.

Comme règle, aussi longtemps qu'il demeure tranquille dans le rein, le calcul ne produit aucun symptôme aigu.

Quand les pierres se trouvent délogées et sont entraînées dans le canal de l'urètre par le courant de l'urine, elles produisent alors des symptômes. Si les parcelles de sédiment qui descendent sont de petit calibre, il peut n'y avoir que sensibilité ou douleur dans le dos. Si les calculs sont d'une dimension plus forte que le calibre de l'uretère, nous avons la colique néphrétique.

Le symptôme de la colique néphrétique se développe soudainement. Il se manifeste par une douleur aigue dans la région d'un des reins. Il y a sensibilité en appuyant. La douleur est si grande que le malade ne peut demeurer tranquille, mais cherche du soulagement dans un changement continuel de position — soulagement qu'il ne peut trouver.

La souffrance de la colique néphrétique passe pour la plus pénible à laquelle l'humanité soit sujette ! Elle peut être localisée dans la région du rein affecté ; cela peut s'étendre au canal de l'uretère. Chez les hommes, c'est quelquefois reporté à la partie supérieure de la cuisse et au testicule correspondant. Ce dernier cas est considéré comme l'un des symptômes classiques de la colique néphrétique.

Dans mes cas personnels, cela a été un symptôme exceptionnel.

Parfois la douleur s'étend à travers l'abdomen comme si tout le péritoine en était enveloppé. On a souvent des nausées, quelquefois même des vomissements. Le malade subit une abondante transpiration.

Quand la colique est à son apogée, nous avons un état qui réclame le plus prompt soulagement que l'on puisse donner. Beaucoup de mes confrères usent de morphine. Quelques-uns d'entre eux y ajoutent le remède indiqué,

mais « user de morphine pour calmer un malade pendant que le remède indiqué a chance d'agir : c'est une faute. Ce traitement n'est d'aucune valeur, le remède indiqué enlèvera la souffrance plus vite que la morphine. J'ai vérifié cela bien des fois en diverses circonstances où la douleur était des plus cruelles. La morphine est un remède dangereux dans la colique néphrétique.

En premier lieu, la souffrance est tellement aiguë que les doses ordinaires de morphine n'ont pas d'effet.

En second lieu la cause de la douleur peut cesser aussi soudainement qu'elle a commencé. Le calcul peut ne se trouver engagé dans l'orifice de l'uretère que pour tomber dans le rein. Ou, il peut avoir passé à travers l'uretère et être tombé dans la vessie.

Dans chaque cas, la douleur aiguë cesse instantanément. Quand ceci arrive, si le malade a pris une forte dose de morphine, il en sera profondément affecté, parce que le stimulant de douleur qui lui permettait de supporter une forte dose est parti.

J'ai une foi profonde dans le remède homœopathique indiqué, et quand, personnellement, j'ai souffert de colique néphrétique, j'ai cherché quelque chose qui pût me soulager dans les médicaments homœopathiques. Je fus amené à faire usage du *calcarea carbonica*, et fus soulagé.

J'emploie toujours la 200[e] dilution. Comment cela soulage-t-il de cette douloureuse agonie, je suis incapable de le dire ; mais que cela soulage promptement, j'en suis positivement sûr.

Calcarea carbonica, non seulement soulage la douleur aiguë de la colique néphrétique, mais arrête aussi la tendance à la formation de la pierre.

En fait, cette dernière action semble plus facile à comprendre que celle de soulager la douleur. *Calcarea carbonica* est une drogue qui altère la nutrition, et cause un dépôt de sels terreux. Les calculs des reins sont dus à une assimilation défectueuse et à un dépôt de sels dans les rognons.

C'est pourquoi *calcarea carbonica* est le remède homœopathique pour le calcul des reins.

En regardant la pathogénésie de *calcarea carbonica* dans le Manuel des médicaments homœopathiques de l'*Encyclopédie* d'*Allen*, je trouve les symptômes suivants. Les numéros sont dans l'Encyclopédie.

822. Souffrance dans les reins et dans la région des lombes en marchant.

823. Pression douloureuse dans la région des reins.

1052. Douleur dans le dos.

1053, Douleur intolérable dans le dos.

1056. Pression douloureuse dans le milieu du dos et entre les omoplates.

1058. Points dans le dos.

1059. Douleurs écrasantes dans le dos et la poitrine.

1079. Douleur dans le bas du dos.

1080. Douleur dans le bas du dos (autre expérimentateur).

1081. Douleur dans le bas du dos le deuxième jour.

1082. Douleur dans le bas du dos le troisième jour.

1083. *Douleur dans le bas du dos les sixième et huitième jours.*

1084. *Douleur dans le bas du dos, si bien qu'il pouvait à peine se lever de son siège.*

1088. Violente douleur dans le bas du dos, elle ne pouvait ni s'asseoir ni s'étendre.

1089. Elancements dans le bas du dos.

1092. Déchirements dans le bas du dos les premier, deuxième et troisième jours.

1093. Déchirements dans le bas du dos.

Tous ces symptômes ci-dessus se rapportent aux douleurs du dos. Les nausées et les vomissements accompagnent plus ou moins les symptômes habituels. Je trouve ce qui suit dans l'Encyclopédie :

580. Fréquentes nausées avec propension à s'évanouir.

584. Nausées qui durent jusqu'à l'après midi, le premier jour.

585. Nausées.

735. Douleur pressante dans le bas-ventre avec nausées.

Retournant au *Guiding Symptoms* de Héring, sous *calcarea ostrearum* (celui-ci est le *calcarea carbonica* des autres écrivains), les symptômes suivants ont été signalés comme ayant été vérifiés par des guérisons :

« Douleur pressive dans les reins et les lombes. »

« Douleur dans les reins et les lombes. »

« Gravelle, calcul urinaire. »

Jusqu'à présent, j'ai traité cinq malades souffrant de colique néphrétique. Dans chaque cas je me suis servi de *calcarea carbonica* avec le succès le plus complet. Je n'ai aucune non-réussite à rapporter.

Premier cas. — Ce malade eut sa première attaque de colique néphrétique le premier février 1891. L'attaque vint subitement, le matin, de bonne heure. Le premier médecin appelé administra des injections sous-cutanées de morphine jusqu'à ce qu'il n'osât plus en donner, mais sans effet. D'autres médecins furent appelés. Après une heure ou deux de souffrance intolérable, le malade fut

finalement chloroformé et gardé sous cette influence pendant huit heures. Les symptômes étaient une pressante douleur aigüe dans le rein gauche, suivie quelqu temps après, par des souffrances atroces dans l'abdomen, dues apparemment à une augmentation de l'inflammation du péritoine. Cela fut suivi de constipation. Quelques jours après la douleur disparut doucement. La teinture d'arnica fut donnée pour soulager la sensibilité. Des remèdes différents furent donnés pour enlever la constipation parce que des mesures plus actives étaient contre indiquées de crainte de péritonite. *Opium* 200, finalement, donna du soulagement aux intestins. En avril suivant une seconde attaque de colique néphrétique survint, durant à peu près deux heures. Cette fois, la pierre atteignit la vessie et fut expulsée quelques jours plus tard. On fit encore usage de l'arnica pour le soulagement de la sensibilité. Pendant les trois années suivantes, aucune attaque aigüe ne se produisit, mais le malade souffrit fréquemment du mal de dos. Pendant quelques mois, il prit une bouteille d'hydrangea lithinée mais je doute que ce fût de quelque valeur.

En août 1894, le malade eut une autre crise aiguë qui fut calmée par la morphine, administrée par un autre médecin. La pierre fut évacuée en vingt-quatre heures. Pendant ce temps, souffrant de douleurs importantes et fréquentes dans le dos, des remèdes variés, homœopathiques et autres, furent pris, mais sans bénéfice appréciable, Finalement je déclarai *calcarea carbonica* comme étant le *reméde*, et en pris une dose (ce qui précède est l'histoirede mon propre cas) à la 200e dilution. Le résultat fut prompt et certain. Le mal de dos cessa presque immédiatement, en l'espace de quelques minutes. Ceci fut vérifié

bien des fois. La fréquence des maux de dos diminua si bien, que je n'ai pas eu l'occasion d'user du remède pour moi même pendant de longs mois. Depuis ce temps, je ne suis jamais sans lui ; je le porte toujours avec moi dans ma poche, n'importe où je vais.

Deuxieme cas. — Le 18 octobre 1897, j'eus ma première occasion d'essayer *calcarea carbonica* sur un malade. C'était un avocat, âgé de quarante-deux ans. Il lui semblait se rappeler avoir eu une crise du même genre, étant jeune homme. Quand je le vis, il me conta l'histoire suivante :

Le jour précédent, 17 octobre, il avait eu des douleurs dans la région de l'estomac. Cela allait tellement mieux le 18, qu'il alla à la cité pour affaires. Le matin, étant à son bureau, il fut pris soudain de vomissements accompagnés de douleurs dans la région gauche. La douleur était intolérable. Le malade fut ramené à la maison de son beau-père en voiture et sa femme et le Dr Leal furent appelés.

Le Dr Leal porta le diagnostic de colique néphrétique due, soit à une pierre, soit à de la névralgie. Après quelques heures, le malade se sentit suffisamment mieux pour être transporté chez lui. Je fus appelé le soir pour le voir. A ce moment là, il avait un violent sourd mal de dos. Il était au lit. Je portai le diagnostic de colique néphrétique. Je mis quelques globules de *calcarea carbonica* 200e dans un demi-verre d'eau et dis au malade d'en prendre une dose toutes les cinq minutes pendant la durée de la douleur. Autrement il devait prendre une dose toutes les deux heures. Il dormit bien jusqu'à deux heures du matin. Depuis ce moment jusqu'à cinq heures, il fut plus ou moins en repos. Pendant ce temps, il eut une crise aiguë qui fut presque aussi instantanément soulagée par quelques doses du remède de cinq en cinq minutes.

Plus tard je me mis en rapport avec le Dr Leal. Il rapporta qu'un examen de l'urine, fait en sa présence le 18, avait montré de l'oxalate de chaux et du sang.

Toujours, depuis cette époque, ce malade a porté sur lui un flacon de *calcarea carbonica* 200e. Jusqu'à aujourd'hui, février 1900, il n'a pas eu occasion de s'en servir.

Troisieme cas. — Ce malade était un homme de soixante ans. Il avais été soldat, homme d'État et littérateur. Il avait été éminent dans ces trois professions. Il m'envoya chercher le matin du 14 octobre 1898, à trois heures. J'étais sorti, et avant que je pusse arriver près de lui, un médecin de la vieille école fut appelé, et lui donna de la morphine jusqu'à la dernière limite, mais ne réussit pas à faire dormir le malade. Le diagnostic était une colique néphrétique. Le matin du 15, le malade eut une autre violente crise de colique à neuf heures. Je lui donnai *calcarea carbonica* 200e dans de l'eau, une dose toutes les cinq minutes. Le soulagement fut instantané. Après la troisième dose, le malade s'endormit et dormait encore lorsque je le quittai une heure plus tard. Un peu après, il s'éveilla, se trouvant très à son aise. Il dormit encore de deux à six heures de l'après-midi. Il eut la journée complète de tranquilité. De minuit à deux heures du matin, il prit environ une dose du remède toutes les cinq minutes, chaque fois avec un soulagement immédiat. La douleur le quitta complètement le 16 et la pierre fut évacuée le 17.

Les symptômes, dans ce cas, étaient de la douleur et de la sensibilité dans toute l'étendue de l'uretère gauche. Sensibilité de l'abdomen et du dos en même temps. La douleur était toujours accompagnée de nausées. Quand la douleur cessait, les nausées cessaient avec elle.

Ce malade portait aussi sur lui un flacon de *calcarea car*

bonica 200e. Il habite à présent dans une ville éloignée. En réponse à une lettre d'octobre 1899, il me dit : « Je n'ai jamais ressenti de difficulté dans les reins depuis votre traitement avec *calcarea carbonica*, et j'espère que même le plus léger souvenir de cet épisode ne m'atteindra jamais de ce côté de la rivière ! Si ce remède administré par vous n'est pas cause de ce résultat, c'est alors le cas de coïncidence le plus étonnant dont j'aie jamais entendu parler. »

Quatrième cas. — Ce malade était un fabricant de cigares, âgé de quarante-cinq ans. Il vint me trouver en juillet 1899, se plaignant de douleurs sourdes dans le dos, durant depuis deux ou trois semaines. Il avait été traité pour un lumbago par un autre médecin. Comme il m'annonçait des crises de douleur aiguë, d'une espèce intolérable, je portai le diagnostic de colique néphrétique et prescrivis *calcarea carbonica*. Comme d'habitude, le soulagement fut immédiat. Les crises aiguës devinrent moins fréquentes et le malade rendit une pierre environ en trois semaines. Il porte avec lui son petit flacon de *calcarea carbonica*. Il n'a plus eu de malaise depuis le passage de la pierre.

A ma demande, ce malade m'envoya la lettre suivante : « Je certifie que dans la nuit du 5 juillet, je fus réveillé par une violente douleur dans le genou. Après m'être promené d'un bout à l'autre de la chambre, la douleur se transporta du genou à travers le rein gauche, puis au côté gauche de l'abdomen et au testicule gauche. Je consultai un médecin et fus soigné par lui jusqu'au 18, sans aucun soulagement. J'allai à la clinique Hahnemann le 19 juillet et fus visité par le Dr Mills à onze heures du matin. Son médicament soulagea ma douleur à deux heures de

l'après-midi et je n'ai plus eu de crise depuis ce temps. »

Cinquième cas. — Un jour de novembre 1899, je fus appelé près d'un monsieur dans les affaires. Il se trouva rès mal à son aise et indisposé pendant notre entreiten. En le questionnant, j'appris que pendant les six mois précédents, il avait plus ou moins souffert du mal de dos, et une ou deux fois, avait été obligé de renoncer au travail et de retourner chez lui en voiture. Son cas avait été diagnostiqué comme colique néphrétique. Il avait été soigné par deux des médecins homœopathes les plus éminents qui lui avaient donné entre temps de la morphine et lui avaient prescrit de l'eau lithinée et autres remèdes de la vieille école renommés contre les crises aiguës. Néanmoins, cette douleur de dos était plus ou moins continuelle et les crises aiguë plus fréquentes.

Je donnai à ce monsieur deux ou trois doses d'une bouteille de *calcarea carbonica* 200e et j'eus la satisfaction de le voir soulagé en très peu de temps. Je l'ai vu depuis bien des fois, mais il n'y a pas eu de rechute.

P. WALTER SANDS MILLS, (*de New-York*).

APOCYNUM CANNABINUM

Le remède *apocynum cannabinum* est originaire de l'Amérique et ne figure pas dans les anciennes pharmacologies. Notre matière médicale a surtout été enrichie par les médicaments de plus ou moins de valeur proposés par le défunt professeur E. M. Hale. Bon nombre de ses remèdes proviennent de l'école éclectique qui, comme l'homœopathie, compte beaucoup d'adhérents en Amérique, et l'*apocynum cannabinum* est depuis longtemps utilisé par

les éclectiques des Etats-Unis. Cette plante est devenue de quelque importance pour les homœopathes, parceque son usage se trouve positivement indiqué dans plusieurs maladies.

L'*apocynum cannabinum* croît aux Etats-Unis du Nord et au Canada. On l'appelle chanvre canadien, et on s'en sert sous forme d'une teinture de la racine.

On trouve des recherches sur ce remède dans les *New remedies* de Hale, et dans l'Encyclopédie d'Allen. De plus, M. le Dr J. Rose-Bradford a fait des expériences sur les animaux (chiens). Cet observateur constate que le remède influe surtout sur le cœur ; en grandes doses, il arrête le battement du cœur en diastole ; en doses massives, en systole. Il ressemble donc à la digitale, au *strophantus*, à l'*adonis vernalis*, à la caféine et à la spartéine, mais il ne produit aucune contraction des artères comme la digitale.

Le Dr Hughes dit dans son *Manual of Pharmacodynamics* que l'*apocynum* est surtout efficace dans l'hydropisie. L'anarsaque, l'hydrocéphale, l'hydrothorax et l'ascite résultant de toute cause, sont les affections dont parle surtout le professeur Hale dans son ouvrage *New remedies* Le Dr Hughes en parle favorablement dans les cas de dyspepsie avec distension après les repas et avec perception fréquente d'affaissement dans l'estomac, parce que ces deux symptômes étaient bien caractérisés chez plusieurs des expérimentateurs.

En parcourant ces recherches sur l'*apocynum cannabinum*, on voit qu'il influe spécialement sur les reins, sur la peau et sur les membranes séreuses : il y produit des affections hydropiques ; en plus, il provoque, dans le canal digestif, des diarrhées aqueuses, relâche les sphincters de la vessie et de l'anus, et donne naissance à des hémor-

roïdes. Il affaiblit le cœur et irrégularise le pouls. Quant aux symptômes caractéristiques, il faut d'abord noter les effets cérébraux, à savoir, un vertige soudain qui disparaît de même subitement. L'hydrocéphale aigu, surtout si le cri hydrocéphalique fait défaut (pour l'*apis*, le cri constitue une indication certaine). Comme pour l'*apis*, il existe des mouvements constants et involontaires dans un bras et dans une jambe (pour l'*apis* on observe souvent des crampes dans un bras et une jambe, et des paralysies dans l'autre bras et l'autre jambe). Les symptômes stomacaux sont : forte soif ; l'eau produit des douleurs ou est aussitôt vomie ; ceci ressemble aux symptômes causés par l'arsenic où il y a soif, mais en général de cette sorte que le malade boit peu et souvent (soif après *bryonia* : le malade boit beaucoup à la fois). Pour l'arsenic, l'eau est aussi vomie quand elle s'est chauffée dans l'estomac ; la même chose arrive pour le phosphore. Le professeur Hale a observé que la sensation d'affaissement dans l'épigastre était caractéristique pour l'*apocynum cannabinum* ; on retrouve ces symptômes ailleurs, chez d'autres remèdes : la *sepia*, l'*ignatia* et l'*hydrastis*. Parmi les autres symptômes gastriques, il faut citer vomissements douloureux ; l'hypogastre est dilaté ; il y a ascite ; il y a ténesme rectal avec douleurs oppressives et descendantes vers le bas de l'anus ; *les selles sont aqueuses*. Il y a souvent des diarrhées avec glaires, à évacuation presque inconsciente. C'est le défunt professeur Farrington qui a fait ressortir ces derniers symptômes.

Quant aux symptômes intestinaux, l'*apocynum cannabinum* ressemble beaucoup à l'aloës. Pour les symptomes de l'appareil génito-urinaire et de l'appareil respiratoire, il y a miction quelquefois très restreinte, ou très abon-

dante et de couleur claire : il y a ménorragie avec pouls faible et difficulté à lever la tête de l'oreiller. Les hémorragies sont ou fluides ou grumeleuses, continuelles ou intermittentes. Il y a une forte sensation de pesanteur caractéristique dans l'épigastre et dans le thorax, pression qui gêne la respiration et une toux ou sèche ou râlante et humide. En général les sécrétions urinaire et sudorale sont diminuées : Hale dit que, quand la peau redevient humide, les hydropiques s'améliorent. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, souvent intermittent. L'*apocynum* ressemble à plusieurs autres remèdes, et s'approche surtout de l'aloës, de l'arsenic, de l'*apis* et de la digitale.

Après avoir ainsi parcouru les symptômes provoqués par ce remède, je citerai les maladies où il est surtout indiqué, et finalement j'ajouterai quelques cas cliniques de ma pratique où je m'en suis servi avec beaucoup de profit : j'ai toujours dû me servir progressivement de la teinture-mère. On emploie surtout l'*apocynum* dans l'hydropisie, spécialement si elle provient de maladies du foie ou du cœur (suivant le Dr Burt dans les maladies des reins, seulement quand il n'y a pas de changement de structure). La soif intense et les symptômes gastriques sont caractéristiques. On s'en est servi avec succès dans l'hydrocéphale aigu ; de plus, dans la ménorragie, les diarrhées séreuses et les hémorroïdes, quand le malade sent « comme un coin enfoncé à coups de marteau dans l'anus ». On l'a utilisé avec avantage contre l'abus du tabac et du whisky, et le Dr Waterhouse cite, dans le *Home Recorder*, un cas où il fut guidé par des symptômes thoraciques et par un œdème des paupières et de la face. Suivent à présent les cas de ma pratique où je

n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de l'*apocynum cannabinum*.

Observation I

A. W., quatre ans, fille d'un adjoint du bureau — dans la marine, Copenhague. — Traitement pour ascite commencé le 27 janvier 1883. L'enfant avait été soignée par moi en 1881 pour un ensemble d affections débutant par une forte pneumonie avec ictère considérable et accroissement du volume du foie qui était douloureux à la pression.

Plus tard, symptômes d'encéphalite et diarrhée. Comme, pendant cette maladie de longue durée, il y a eu longtemps une température élevée et beaucoup d'émaciation, on penserait facilement à la tuberculose. Mais l'enfant guérit, et resta bien portante jusqu'au développement de la maladie actuelle. Dans l'affection cérébrale citée j'ai obtenu des effets excellents de l'*apis* et du *cuprum* 12[e] dilution.

L'affection actuelle commença il y a trois semaines par un accroissement considérable de l'hypogastre qui a toujours été gros et saillant. Les parents crurent que l'enfant engraissait et qu'elle se portait bien. Mais le 22 janvier, la malade ressentit de la fatigue et de la propension à s'assoupir. Quelques jours après, il y eut des vomissements avec fièvre et manque d'appétit. Le bas-ventre augmentait toujours; on m'envoya alors chercher. Comme j'étais malade, un de mes confrères, praticien consciencieux et distingué, examina soigneusement la malade. Rien d'extraordinaire ni aux organes thoraciques ni au foie ni à la rate. Les urines étaient tout à fait normales, les selles régulières. Peu d'appétit et de sommeil. Mictions fré-

quentes par petites quantités à la fois. *Apis* I c. et *arsenic* 2 c. alternativement 3 gouttes 4 fois par jour de chaque remède. L'ascite augmente ; cyanose du bout du nez et des lèvres. Dyspnée. Le facies est anxieux, l'appétit mauvais, diarrhée très liquide, séreuse, sanguinolente. Après avoir ordonné ces remèdes, pendant 5-6 jours, *Helleborus* 3 c. dilution fut prescrit alternativement avec de l'arsenic, puisque l'*apis* était resté sans effet, et parce qu'ici il n'y avait pas d'inflammation séreuse causant l'ascite ; je pensais qu'il y avait pression sur la circulation dans l'hypogastre, peut-être tumeur des glandes du mésentère. La malade empira, et le 22 février, le ventre était de 20 à 25 centimètre au-dessus de la normale ; le reste du corps était considérablement amaigri ; au cou on sentait de petites tumeurs dures, glandulaires. Les urines étaient rares, au plus 2 ou 3 fois pendant 24 heures ; pas d'appétit ; selles aqueuses, jaunes, avec glaires blanches. Peau sèche et chaude. Pouls petit, fréquent. Beaucoup de soif. Toux grasse avec râles muqueux à grosses bulles dans le dos. *Iodium* 2 cent. dilution pas d'amélioration ; puis on prescrivit : *Apocynum cannabinum*, alternativement avec avec l'*iodium*, 3 gouttes 3 fois par jour de chaque remède, l'état de la malade étant critique. Au bout de quelques jours, survint une amélioration considérable ; le ventre se détendait ; la malade prenait du lait, du bouillon et du pain blanc. Tout allait mieux, quand soudain de forts vomissements verts se présentèrent ; température de 40°, pouls très fréquent ; collapsus ; yeux excavés ; soif intense.

L'*aconit* 3 c. fit disparaître cet état dans les 24 heures ; puis l'*apocynum* fut repris ; l'épigastre se rétractait toujours — la miction devint fréquente et par grandes quantités ; l'appétit devint excellent, et à la fin de mai toute

trace de la maladie avait disparu. L'enfant n'a jamais eu de récidive.

OBSERVATION II

Femme du marchand de vin L..., 36 ans, Copenhague. Soumise au traitement dès le 2 août 1894. Accouchement il y a 12 ans, 3 mois de métrite pendant les couches. Par le passé, bien portante. Il y a 9 ans, augmentation subite de poids. Le médecin traitant porta le diagnostic de cœur adipeux ; mais, les derniers deux ans, le ventre a beaucoup grossi et l'état général est mauvais. A l'examen fait par le médecin de la famille, il y a avait une tumeur à l'hypogastre et ascite. Pontion deux fois à 6 semaines d'intervalle ; chaque fois, on a évacué plusieurs litres de liquide séreux ; à présent, il faudra ponctionner encore, après un laps de temps très court. La malade préfère consulter un homœopathe. Etat actuel : Forte lassitude lombaire retentissant de là sur tout le corps avec ébranlement intérieur. Douleurs pointillantes au côté droit de l'hypogastre, absentes pendant les règles, qui sont profuses et foncées, mais le sang n'est pas coagulé. Pas d'appétit. Selles et mictions normales. Urines claires, jaune clair, faiblement acides, sans albumine ni sucre. Dyspnée à tout mouvement. Rien d'anormal ni aux poumons ni au cœur. L'hypogastre a considérablement augmenté de volume, l'ombilic est effacé. Douleurs faibles à la pression du côté droit de l'hypogastre. Ascite considérable. En explorant par le vagin et le rectum, on sent l'ovaire droit comme une noix double. Suivant ces indications, on prescrivit : *Apis* 3 déc. et 1 cent., *Lachesis*, *Hepar sulph.*, *Bryonia*, *Arsenic*, mais sans résultat. Au milieu de novembre, elle se plaint de beaucoup de soif, de douleurs

à l'épigastre, surtout quand elle veut boire de l'eau froide. Selles aqueuses, jaune clair, plusieurs fois par jour; oppression forte dans la région cardiaque, marche difficile. L'*apocynum* est alors prescrit, 5 gouttes 3 fois par jour. Tout s'améliore alors. Au bout de la quinzaine suivante, l'appétit est bon, la soif amoindrie ; l'oppression et les douleurs gastriques, de même que la diarrhée, avaient parfaitement disparu. L'hypogastre n'était pas diminué. J'augmentai alors la dose de 2 gouttes chaque fois, de sorte qu'à la fin la malade prenait 15 gouttes chaque fois : la diurèse progressa (1 1/2 litre à 2 litres en 24 heures), et en même temps le ventre se détendit jusqu'au volume normal, de sorte qu'en février 1895, la malade avait parfaitement guéri. A un nouvel examen, on ne pouvait plus sentir aucune tumeur de l'ovaire. La malade prit encore le médicament pendant quelques mois, le soir et le matin, et fut déclarée définitivement rétablie, en mai 1895. Depuis ce temps, elle a été bien portante.

Observation III

Mme H..., 26 ans, mariée à l'orfèvre H..., à Copenhague. Traitement depuis septembre 1895. Accuse de la lassitude, perte de forces, peu d'appétit, douleurs fortes lombaires, oppressives et descendantes, qui, pendant les règles, d'ailleurs normales, se faufilent dans l'hypogastre. Besoin d'uriner fréquent, par petites quantités. Garde-robe peu active. L'hypogastre a augmenté de volume, surtout à à gauche ; douleurs lancinantes à la jambe gauche. Urines acides, jaune-clair, sans albumine ni sucre. Pas d'enfants. A l'examen par le vagin et par le rectum, on trouve une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac gauche. Supposant une tumeur de l'ovaire, je prescrivis successivement : *apis*, *hep*, *sulf.*, *bryonia*, etc. ; toutefois l'état empira considé-

rablement, et elle fut envoyée à un spécialiste distingué, qui déclara qu'il y avait un kyste de la grosseur d'une tête d'enfant dans l'ovaire gauche. On conseilla la laparotomie comme seul expédient, en lui disant que l'opération était très dangereuse. La malade refusa. Elle ne marchait qu'avec difficulté et était très débilitée. Comme il n'y avait pas d'indication certaine, sinon une sensation de faiblesse à l'épigastre et puis le besoin d'uriner trop fréquent par petites quantités, je prescrivis : *Apocynum cannabinum*, 5 gouttes 3 fois par jour dans une petite cuillerée d'eau; la dose fut ensuite augmentée lentement jusqu'à 15 gouttes 3 fois par jour. Au bout d'un mois, il y avait déjà diminution de volume du ventre et de la tumeur. La diurèse augmenta considérablement. L'*apocynum* fut employé, avec des pauses, pendant 11 mois, et au printemps de 1897, le plus célèbre spécialiste de la Scandinavie. M. le professeur Howitz, l'examina, et déclara que la tumeur avait disparu. Depuis ce temps, elle se porte bien. A un nouvel examen, en novembre 1898, il n'y avait nulle trace de la tumeur.

J'ai cru important de communiquer ces guérisons heureuses par un remède quelque peu rare, au commencement d'un nouveau siècle, et parce qu'elles pourront être utiles à mes confrères homœopathes, et parce qu'elles montrent qu'on pourra profiter de l'homœopathie aussi dans des cas qui sembleraient être du ressort de la chirurgie. J'ajoute seulement que, dans des cas désespérés, je me suis servi de l'*apocynum* dans la maladie de Bright, sans résultat cependant; il paraît donc que le Dr Burt a raison quand il dit que ce remède n'est d'aucune utilité en cas de changements de structure dans les reins.

Oscar Hansen (de Copenhague).

L'HOMŒOPATHIE DANS LES MALADIES DES YEUX

Lorsque je reçus l'invitation du secrétaire à prendre part au Congrès, j'hésitai quelque temps sur le choix d'un sujet.

Enfin, après de longues réflexions, je pensai qu'il y aurait peut-être à trouver une matière intéressante à discussion dans mes vingt années de pratique de l'homœopathie pour les maladies de l'œil.

Les publications sur l'emploi de l'homœopathie dans ces maladies se réduisaient jusqu'en 1870 à nos publications périodiques et aux mémoires des sociétés où se trouvaient de nombreux rapports sur différentes cures obtenues dans ce cas par les remèdes homœopathiques.

En 1870, mon attention fut appelée plus directement sur eux par la première édition d'un traité des maladies de l'œil du professeur Henry C. Angell de Boston.

Après l'ouvrage d'Angell en 1875, parut la *Thérapeuthique ophthalmique* d'Allen, qui fut le premier et, pendant plusieurs annés, l'unique ouvrage consacré à la symptomatologie des divers médicaments et à leur préconisation dans les différentes maladies.

Ce livre a été, depuis vingt-cinq ans, la pierre angulaire de notre thérapeuthique homœopathique ophthalmique, et il continue de faire autorité en matière de pathologie et de thérapeutique ophtalmique. Depuis qu'Allen et Norton ont fait paraître leur première édition en 1875, nos publications homœopathiques sur les maladies de l'œil se sont accrues d'éditions postérieures de leur ouvrage et celui d'Angell et des œuvres sur l'œil de Buffum, Vilas, Boyle et Mac Bride.

Pendant les vingt-cinq dernières années, notre con-

naissance de l'action des médicaments homœopathiques sur les maladies des yeux n'a été pratiquement développée que par un meilleur emploi clinique des médicaments connus.

En fait, presque toute notre connaissance actuelle de l'action des médicaments homœopathiques a été obtenue par l'expérience clinique.

Il n'est aucune partie du corps humain où l'action d'un médicament puisse être suivie avec autant de certitude que dans l'œil, au cours d'une expérience. Aucune autre partie du corps n'égale en délicatesse et en sensibilité les membranes de l'œil, et son système musculaire et vasculaire. Ici, l'oculiste peut déterminer positivement, à mesure que l'expérience se poursuit, toute altération de l'état normal. De suite l'observateur surprendra la plus légère augmentation ou diminution de l'afflux sanguin dans le plus minuscule vaisseau de la rétine. Le muscle d'accommodation et les trois paires de muscles extrinsèques de de l'œil, qui dirigent tous ses mouvements, sont si délicatement équilibrés que la moindre variation peut être immédiatement reconnue et appréciée. La transparence de la cornée, de l'humeur aqueuse, du cristallin et de l'humeur vitrée est telle que l'oculiste peut immédiatement apercevoir et noter toute altération dans ces organes, et il en est ainsi pour toutes les autres parties de l'œil et de ses annexes. Il y a quelques années, l'auteur à insisté devant un des congrès précédents sur l'utilité de soumettre à l'avenir toute expérimentation de médicament au contrôle d'un ophtalmologiste.

En ce faisant on obtiendrait une connaissance précise de l'action des médicaments sur l'œil qui prouverait la souveraine puissance de ce traitement dans les maladies de l'œil.



Plus encore, des conclusions pourraient être tirées par analogie de l'action perceptible, exacte, du médicament sur ces tissus, lesquelles nous aideraient à déterminer l'effet du remède sur d'autres membranes similaires en différentes parties du corps. L'importance de telles expériences ne consisteraient pas ainsi uniquement à conserver les tissus et les fonctions du plus précieux de tous nos organes, l'œil, mais en même temps aiderait le praticien en lui donnant la connaissance précise de l'action de ses remèdes en général. Je regrette infiniment que rien de ceci n'ait été fait, autant que je sache, dans aucune des recherches sur les médicaments, qui ont eu lieu ces dernières années. La raison en est, je crois, que les expérimentations récentes ont été dirigées par ceux qui considèrent les symptômes subjectifs comme les seuls essentiels dans l'étude des médicaments et le traitement des maladies. Nous savons tous le peu de confiance que l'on doit accorder à un grand nombre de symptômes constatés par l'expérimentateur, maintenant que tant d'efforts ont été et sont encore faits pour épurer notre symptomatologie.

Je voudrais suggérer que ce but pourrait être plus promptement et mieux rempli par de nouvelles expérimentations dans le sens que j'indique, c'est-à-dire par des examens approfondis et la surveillance des expérimentateurs par des spécialistes, avant, pendant et après les expérimentations.

La méthode qui consiste à prendre un symptôme quel qu'il soit, chez un certain nombre de sujets, bien qu'ajoutant de la certitude et de la valeur, ne nous instruit pas en beaucoup de cas aussi bien que le ferait ce même symptôme positivement constaté.

Par exemple, prenons ce symptôme « obscurcissement ou perte de la vue » qui se produit sous l'influence de centaines de médicaments, et pour chacun d'eux peut se trouver répété chez 10, 20 ou 100 sujets différents.

De quelle minime importance est ce symptôme pour les prescriptions pour quelque maladie que ce soit, puisque nous savons qu'il peut être causé par 10, 20, et peut-être 100 différentes affections de l'œil. Pour guérir l'obscurcissement de la vue produit, disons par une congestion de la rétine, nous devons donner un médicament qui produise une congestion de la rétine avec accompagnement d'obscurcissement de la vue, et non un médicament qui fasse naître cet obscurcissement par son action sur la cornée ou le cristallin.

Dans nos expériences sur l'action de la Belladone, par exemple, si l'expérimentateur se plaint d'un obscurcissement de la vue, et qu'après avoir examiné l'œil nous constations une congestion de la rétine et aucune autre cause de ce symptôme, nous savons dés lors que ce médicament est un de ceux à étudier dans le cas donné. Un tel symptôme alors vérifié par l'ophtalmoscope, même chez un seul expérimentateur, rend l'indication beaucoup plus précieuse que la simple constatation d'un obscurcissement de la vue constaté chez une centaine d'expérimentateurs.

Je voudrais qu'on comprît bien que je ne cherche pas à décrier la valeur de notre symptomatologie actuelle, mais que je cherche à démontrer l'importance additionnelle des symptômes objectifs pour corroborer les symptômes subjectifs.

Il me semble que la vérification, et nous pourrions dire la localisation, d'un grand nombre de nos symptômes subjectifs au moyen d'examens approfondis faits *par des*

spécialistes compétents, comme je l'ai indiqué ci dessus, accroîtrait grandement la valeur de nos symptômes pour les prescriptions.

En demandant des méthodes d'expérimentation plus scientifiques je ne cherche pas à déprécier mais à développer notre symptomatologie. Tout le monde admet, je pense, que les symptômes objectifs ont une valeur et une précision bien plus grandes que les symptômes subjectifs. Cherchons donc, par de nouvelles expériences, à obtenir des symptômes objectifs plus nombreux, en tenant constamment l'expérimentateur sous la surveillance d'experts et non seulement d'oculistes, mais des spécialistes des maladies du cœur, des poumons, des reins, du système nerveux.

Ainsi donc notre thérapeutique ophtalmique actuelle, consistant pratiquement en vérifications cliniques, n'est pas, je le prétends, aussi scientifique et exacte qu'elle devrait et pourrait être en suivant la méthode que je propose. Elle est d'ailleurs de beaucoup la meilleure méthode thérapeutique connue. La confiance dont elle jouit aujourd'hui est due à l'incessant travail d'investigation et de vérifications des symptômes de l'œil fait, il y a un quart de siècle environ. par le Dr T.-H. Allen et le défunt Dr G.-S Norton, dans les cliniques de l'hôpital ophtalmique de New-York. Leur labeur, en préservant et rétablissant la vue à un grand nombre d'individus, a rendu le bonheur à des centaines de familles.

Et s'ils n'ont pas seuls accompli cette œuvre à laquelle beaucoup d'autres ont contribué et contribuent encore, en prenant comme ils l'ont fait l'initiative dans une voie alors peu connue, ils ont fondé les thérapeutiques que nous possédons et provoqué l'émulation chez leurs continuateurs.

Bien que notre thérapeutique, comme je l'ai indiqué, ait été déterminée par l'expérience des cliniques, elle est tellement positive et a été vérifiée si fréquemment que l'on ne peut la mettre en question dans les cas typiques.

Les exemples suivants, choisis parmi les remèdes les plus fréquemment prescrits dans quelques maladies de l'œil, sont des peintures si parfaites de la maladie que le novice le plus ignorant reconnaîtrait leur homœopathicité.

Les paupières et la conjonctive œdémateuse, avec écoulement abondant de larmes en ouvrant les yeux, et la douleur violente la nuit, spécialement provoqués par *Rhus Tox.*, indiquent de prime abord son emploi dans l'inflammation du tissu cellulaire et du périoste de l'orbite.

La sensation brûlante très douloureuse dans les yeux, avec inflammation produite par la conjonctivite catarrhale aiguë caractéristique d'*Aconit*, ou dans le cas de la même maladie, larmoiement excessif, âcre et brûlant avec abondant écoulement muco-purulent sont produits par *Euphrasia*.

La grande rougeur et le chemosis, avec violentes douleurs lancinantes, photophobie, écoulement purulent et sensibilité extrême, en même temps que l'hypopyon quand il se présente, sont tous symptômes d'*Hepar* et de l'ulcère de la cornée.

Les douleurs intenses dans l'œil et la tête, augmentant toujours le soir et par les temps humides, avec injection ciliaire, décoloration de l'iris, contraction de la pupille, se trouvent dans *Mercurius* et forment la parfaite description de l'iritis.

Bryonia et *Gelsemium* dans la forme sérieuse de la choroïdite et *Rhus Tox*, dans la choroïdite suppurative.

La dilatation et les flexuosités des vaisseaux de la rétine avec œdème et de probables extravasations de sang dans la rétine, disque optique enflammé, perte de la vue, et les douleurs de tête caractéristiques se trouvent également dans *Belladona* et *Duboisia* et indiquent leur valeur curative pour la rétinite et la névrite.

La preuve fréquemment donnée de la puissance de *Nux Vomica* pour arrêter l'atrophie du nerf optique, de *Causticum* et *Iodoform* pour faire cesser les progrès de la cataracte, de *Gelsemium* et *Bryonia* pour le glaucome, sont simplement quelques exemples des plus importants et des plus brillants de la valeur de notre thérapeutique pour les maladies des yeux.

Ces rares exemples, que l'on pourrait continuer pendant des heures, suffisent à donner à tout honnête observateur la grande valeur de nos thérapeutiques ophtalmiques. Nous croyons, néanmoins que de grandes améliorations sont encore à faire dans la voie que j'indique ; j'espère les voir prendre en considération.

Prof. NORTON.
de New-York.

DES TROUBLES CIRCULATOIRES

DE L'OEIL AVEC ALTÉRATIONS DE LA TENSION INTRA-OCULAIRE

Toutes les affections oculaires inflammatoires déterminent plus ou moins rapidement des troubles vasculaires, soit dans le système artériel, soit dans le système veineux, et quelquefois dans les deux systèmes à la fois.

Quelle que soit d'ailleurs leur localisation, ces troubles

circulatoires aboutissent toujours à l'une ou à l'autre des deux modalités suivantes : hypersécrétion réflexe des liquides intra-oculaires et excès de tension de l'œil, ou bien au contraire, sécrétion diminuée et par suite hypotension du globe.

Je n'entends pas toutefois dire par là que la résultante finale soit un *glaucome* ou de la *phtisie* oculaire.

Ces gros mots répondent à de grosses choses et doivent être réservés aux cas, relativement peu nombreux, où la rupture de l'équilibre normal des liquides devient telle qu'elle prime tous les autres symptômes antérieurs ou actuels, au point de devenir une entité morbide.

Ces états extrêmes sont certes des modifications très intéressantes, mais elles ont été si bien étudiées et sont aujourd'hui si connues, qu'elles n'offrent plus qu'un intérêt secondaire pour le clinicien.

Il n'en est pas de même des troubles circulatoires moins accusés, mais réels cependant, que l'on rencontre presque à chaque pas dans la pratique, et qui, pour nous autres homœopathes, deviennent une source d'indications précieuses dans le traitement de la maladie qui leur a donné naissance.

Chacun sait qu'il existe des instruments spéciaux, très délicats et très sensibles à l'aide desquels on peut apprécier et évaluer les changements de tension du globe ; mais pour que cette appréciation puisse se faire, il faut déjà que l'altération soit assez accusée, et Abadie, de Wecker, de Graefe, et les autres ophtalmologistes sont tous d'accord sur ce point.

Mais nous savons par expérience que les choses pondérables ne sont pas les seules existantes, et les changements hyper ou hypotensifs du globe, sont suffisamment

prouvés par les troubles subjectifs ou objectifs que l'on observe : douleurs oculaires et péri-orbitaires, sensation de plénitude du globe, obscurcissement de la vision, rétrécissement du champ visuel, arc-en-ciel, phosphènes, apparition du pouls veineux, congestion choro rétinienne et papillaire, hémorragies, en flammèches, etc.

Les phénomènes d'hyper ou d'hypotension sont sous la dépendance de 3 sortes de nerfs : le moteur oculaire commun, le sympathique et le trijumeau. L'action des deux premiers est sinon problématique, du moins très faible, et surtout très irrégulière, comme l'ont prouvé les expériences très concluantes d'Hippel, de Grunhagen, de Wagner, d'Adamuch, de Horner, et de Donders.

Il n'en est pas de même du trijumeau dont l'irritation détermine une hypertension brusque et souvent excessive, tandis que sa paralysie, comme dans la période secondaire du zona ophtalmique, amène une diminution très apparente de la tension du globe.

Les affections dans lesquelles se rencontre le plus souvent l'hypersécrétion réflexe des liquides intra-oculaires, et l'excès de tension qui en est la conséquence, sont 1° les *conjonctivites* franchement inflammatoires, surtout l'ophtalmie blennorrhagique, et les conjonctivites de nature arthritique, qui, dans ce cas, s'accompagnent souvent de sclérotite, de cyclite, ou d'irido-choroïde inflammatoire.

2° Les *ulcères* cornéens, notamment lorsqu'il sont petits, superficiels, d'origine traumatique ou scrofuleuse, et qu'ils s'accompagnent de douleurs vives et de photophobie.

3° L'*Iritis* au début, ou à la période d'état ; mais le mécanisme varie dans les deux cas. Par suite de l'inflammation de cette membrane, les nerfs ciliaires sont irrités

et de cette irritation découle une hypersécrétion des liquides intra-oculaires, puis, quand les adhérences se sont formées, l'entrave apportée aux échanges nutritifs des deux chambres vient ajouter son action et rendre l'hypertension souvent très appréciable.

Par contre, à la période finale des iritis ou dans les irido-choroïdites secondaires, qu'on observe à la suite du décollement de la rétine, des hémorragies intra-oculaires, des blessures de l'œil, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc., etc., on rencontre plutôt une diminution de la tension intra-oculaire.

La cataracte traumatique, en augmentant le volume du cristallin, amène aussi parfois des phénomènes glaucomateux.

Quant aux maladies des membranes profondes, on peut dire d'une façon générale qu'à la période inflammatoire elles s'accompagnent d'hypersécrétion et par suite d'hypertension, — et qu'à la période régressive, c'est au contraire l'hypotension qui domine.

Quels sont les phénomènes auxquels se reconnaît l'hypertension?

En dehors d'une dureté spéciale du globe qui, dans certains cas, est assez difficile à apprécier, même pour ceux qui ont une très grande habitude du toucher oculaire, on observe presque toujours un ou plusieurs des phénomènes suivants : Dilatation de la pupille avec paresse de l'iris aux incitations lumineuses, sensibilité cornéenne s'alliant souvent à une anesthésie de cette membrane, douleurs plus ou moins vives et de nature variable, se localisant soit dans l'œil, soit dans les régions voisines, auréoles et arcs-en-ciel autour des flammes, phosphènes se produisant en dehors de toute excitation appréciable, diminu-

tion plus ou moins grande de l'acuité visuelle, et enfin rétrécissement du champ visuel dans la région nasale.

Dans l'hypotension, au contraire, l'œil est plus mou, les douleurs sont nulles ou peu accusées, l'iris, toujours paresseux, offre plutôt du myosis que de la mydriase, enfin au lieu d'apercevoir à l'ophtalmoscope des artères grêles avoisinant des veines dilatées, comme cela s'observe dans les états glaucomateux, même légers, on ne constate d'autres symptômes objectifs qu'une production plus ou moins considérable de corpuscules flottant dans le vitreum ramolli.

Arrivons au traitement.

Pour être bien certain que ce traitement existe et qu'il a sa raison d'être, j'ai fait des expériences nombreuses.

Par exemple, lorsqu'il m'était donné d'observer deux malades aux lésions analogues, à l'un je donnais le seul traitement classique, tandis que chez l'autre je donnais concurremment une médicatiou *anti-glaucomateuse*.

Eh bien, presque toujours, dans ce dernier cas, j'ai vu la guérison survenir beaucoup plus rapidement et surtout se maintenir d'une façon beaucoup plus durable.

Voici, très résumée, naturellement, la liste des médicaments que j'emploie de préférence dans l'hypertension oculaire.

1° *Atropinum sulfur* (de la 3e à la 12e). Excès de tension avec hyperémie de la conjonctive et production de follicules, mydriase.

2° *Cocaine* (de la 6e à la 30e). Excès de tension avec dilatation pupillaire considérable, et diminution de la sensibilité cornéenne.

3° *Glonoin*. Excès de tension avec dilatation veineuse et rétrécissement artériel. Apparition du pouls veineux.

4° *Belladonna.* Hypertension avec injection oculaire, mydriase, photophobie, larmoiement, douleurs angoissantes, état vertigineux.

5° *Aurum.* Hypertension avec sensation de plénitude douloureuse, myosis plus fréquent que mydriase. Convient surtout dans les états glaucomateux survenant à la suite de synéchies iriennes totales. Est à employer aussi chez les glaucomateux syphilitiques.

6° *Causticum.* Excès de tension avec douleur sourde et continue. Asthénopie accommodative, parésie des muscles ciliaires et obnubilation de la vue.

7° *Chelidonium majus.* Mêmes indications que causticum, avec, en plus, irradiations douloureuses dans les nerfs sus-orbitaires et ectasie des membranes antérieures.

8° *Magnesia carbonica.* Hypertension, à la suite de cataracte traumatique ou de lésions oculaires. Les douleurs sont pulsatives, déchirantes et reviennent par accès.

9° *Nux vomica.* Hypertension, avec congestion scléro-choroïdienne, pupilles peu dilatées, sensation de brûlure et d'élancements dans le globe de l'œil, aggravation matutinale.

10° *Phosphorus.* Excès de tension avec congestion passive intense des membranes profondes. Le champ visuel est considérablement rétréci, la pupille est peu ou point dilatée; mais il existe presque toujours un cercle périkératique.

11° *Spigelia.* Hypertension avec douleurs térébrantes survenant dans les kératites ulcéreuses de nature strumeuse ou à la suite de corps étrangers. Convient aussi dans les iritis rhumatismales.

Dans l'hypotension du globe, infiniment plus rare, et qui est généralement l'indice d'une désorganisation pro-

fonde des enveloppes des milieux de l'œil, les médicaments que j'emploie le plus volontiers sont :

L'*Eserine* (de la 12e à la 3e). Hypotension avec myosis, et irritation scléro-cornéenne.

2° *Natrum muriaticum.* Aux hautes dilutions, hypotension avec opacités cristalliniennes et myodésopsie objective.

3° *Apium virus.* Hypotension avec hypérémie congénitale, ulcérations profondes de la cornée, et perforation de cette membrane; la photophobie est accusée, et le myosis est presque toujours très prononcé.

4° *Ranunculus bulbosus.* Hypotension survenant à la suite d'iritis ou d'irido-choroïdites, est également à employer dans la période secondaire du zona ophtalmique?

Je viens de parler des cas exclusivement médicaux, me sera-t-il permis en finissant de dire un mot des cas que j'appellerai chirurgicaux, parce que leur gravité nécessite souvent une intervention opératoire.

Certes, il est des cas où la médecine est insuffisante, mais encore faut-il se montrer conservateur.

Or, en tant qu'homœopathe, dont le premier axiome est, *primô non nocere*, je m'insurge, et de toutes mes forces, contre la facilité vraiment excessive avec laquelle mes confrères allopathes recourent souvent à des opérations radicales, dangereuses souvent, et qui presque toujours dépassent le but cherché.

On a dit et répété que l'*iridectomie* était le véritable traitement du glaucome. C'est vrai dans certains cas spéciaux, et alors qu'on a vainement épuisé l'arsenal médical, mais j'affirme que, dans l'immense majorité des cas, la parencentèse suffit. Or si la paracentèse ou la sclérotomie sont des opérations insignifiantes, sans danger ni

complications, et pouvant être répétées autant de fois qu'il est nécessaire, puisqu'on n'enlève aucune partie de l'œil, il n'en est pas de même de l'*iridectomie*, si malheureusement employée à tort et à travers; bien heureux encore le pauvre malade quand pour calmer les douleurs intolérables d'un œil perdu ou remédier à une ectasie trop forte, on ne lui propose pas (comme je le vois faire tous les jours) une énucléation du globe.

Comme preuves de ce que j'avance, permettez-moi de vous résumer les deux faits suivants, pris au hasard parmi mes observations d'accidents glaucomateux à forme grave.

Observation I.

Mme C..., 45 ans, vient me consulter en 1878 pour des irido-choroïdites antérieures à forme glaucomateuse, inégalement réparties sur les deux yeux.

A droite T = + 2. Aux Quinze-Vingts et à la clinique d'Abadie, on propose une iridectomie.

Du côté gauche, ectasié et où T n'égale que + 1, on a déjà pratiqué une iridectomie, et l'on parle d'une énucléation prochaine pour calmer les douleurs, diminuer l'inflammation et empêcher des accidents sympathiques.

C'est dans cet état que la malade, qui ne se soucie pas d'une nouvelle intervention chirurgicale, vient me trouver.

S = 1/20e à droite, à gauche elle est presque nulle.

Je prescris corros. hydr. 6e et glonoïn 12e à alterner 3 fois par jour.

Huit jours après S = 1/10; à l'O. D. T = + 1. T = toujours + 2 à l'œil gauche.

Mêmes médicaments, tous deux à la 12e, continués durant quinze jours.

Les phénomènes inflammatoires et douloureux ont presque complètement disparu à droite, mais la tension et l'ectasie persistant à l'œil gauche, je pratique une large paracentèse qui donne issue à une quantité énorme de liquide louche.

Résultat : cessation immédiate des douleurs de l'œil gauche, diminution (qui les jours suivants va en progressant) du volume de l'œil, et augmentation de l'acuité visuelle qui en cinq jours remonte à 1/15ᵉ.

Trois ans de tranquillité. Rechute en 1881, et comme la malade, qui habite Versailles, n'est venue qu'au bout de deux semaines, je me vois forcé de pratiquer une paracentèse. — Après quoi je donne chelidonum majus 6ᵉ et cocaïne 12ᵉ Accalmie de deux ans environ, au bout desquels la malade revient, l'œil gauche s'étant à nouveau enflammé l'avant-veille. — La tension s'est rapidement surélevée, mais en raison du peu de temps écoulé, je me borne à prescrire glonoïn 6ᵒ et chelidonium majus, puis au bout de huit jours — chelidonium seul à la 12ᵒ.

Sous l'influence de ces remèdes, T diminue rapidement et la paracentèse est évitée.

Pour ne pas vous ennuyer avec une observation dont les détails se répètent, sensiblement pareils, je vous dirai que depuis douze ans cette malade a eu recours à moi 7 fois, que j'ai fait 4 paracentèses, et qu'aujourd'hui elle voit assez bien pour lire et coudre, de son œil droit, auquel je n'ai jamais touché, et que de son œil gauche, que l'on voulait énucléer il y a douze ans, elle voit suffisamment pour pouvoir encore se conduire le cas échéant.

La DEUXIÈME OBSERVATION est aussi concluante. Il s'agit d'une belle jeune fille de 20 ans, sœur d'un de nos musi-

ciens les plus connus, qui subit il y a un an environ l'extraction du cristallin transparent de l'œil gauche pour une myopie forte. A ce propos, je me permettrai de vous déconseiller cette opération dont j'ai déjà vu de nombreuses victimes. Malgré qu'elle eût été opérée par un des plus célèbres oculistes de Paris, il survint une violente iridocyclite avec accidents glaucomateux.

On pratiqua une *iridectomie* dont le résultat fut absolument nul. Les douleurs persistant, excessives, et l'ectasie prenant des proportions effrayantes, on proposa naturellement l'énucléation, opération qui fut successivement approuvée par deux autres oculistes.

Pour tout traitement, je prescrivis d'abord atropinum sulfuricum et cannabis indica 12° : huit jours après T avait sensiblement diminué et les douleurs étaient devenues tolérables. Je prescrivis alors spigelia 6° et rhus toxicod. 12°, puis je revins, ces deux médicaments ayant échoué, à atropinum seul, donné à la 18° pendant trois semaines.

Les douleurs disparurent alors complètement et depuis cinq mois ne se sont pas renouvelées.

D[r] PARENTEAU, de Paris.

SUR UN MODE DE PRÉPARATION DES ALCOOLATURES PHARMACEUTIQUES.

I. — Si les alcoolatures pharmaceutiques et toutes les autres préparations obtenues au moyen de plantes fraîches ne jouissent pas, auprès du corps médical, de la réputation qu'elles devraient avoir et n'occupent pas, dans la thérapeutique, la place que mérite leur importance, cela tient uniquement au mode défectueux de leur préparation.

Pour remédier à cet état de choses, nous avons, pendant de longues années, mis tous nos soins à étudier les différentes manières de préparer ces alcoolatures.

Le dernier Congrès international de pharmacie, tenu à Bruxelles, a exprimé le vœu de voir se perfectionner ces *modus operandi*, en insistant sur l'importance qu'il y aurait pour le médecin à pouvoir compter sur ces préparations.

Nous croyons répondre à ces desiderata en faisant connaître nos nouvelles formules.

Déjà M. Paul Jaccard, professeur agrégé de l'Université de Lausanne, a publié un important travail sur ce que l'auteur décrit sous le nom de dialysés de plantes fraîches obtenus par le procédé Golaz. (*Bull. Sc. Pharm.*, 1900; I; 164-172.)

Sans vouloir nous ériger en juge de la méthode employée, qu'il nous soit permis de dire que le grand inconvénient que nous lui trouvons c'est d'opérer la dialyse avec un alcool forcément ramené par l'eau de végétation de la plante à un degré variant de 30 à 45 degrés.

De nos nombreuses expériences personnelles, il résulte que l'alcool à 45 degrés, même par la dialyse, est loin d'épuiser complètement les plantes fraîches sur lesquelles on le fait agir. Peut-être même certains principes actifs, seulement solubles dans l'eau, ou solubles seulement dans l'alcool à 90 degrés, restent-ils absolument non dissous. Le but principal de nos recherches a été de remédier à ce sérieux inconvénient. Nous croyons avoir réussi.

Si la chlorophylle, ce complexe si facilement altérable, est, comme le dit le professeur Jaccard, la caractéristique de toute bonne préparation, nous constatons que cette chlorophylle conserve dans nos alcoolatures sa teinte bien

spécifique. Ce n'est qu'après de longs mois, quelquefois même des années, que nos produits s'en dépouillent et prennent leur belle couleur naturelle.

Nous pouvons ajouter, toujours avec l'auteur précédent, que mieux encore, l'arome, cette réaction souvent plus sensible que l'analyse la plus minutieuse, montre que les produits les plus délicats de la synthèse végétale tels que les huiles essentielles, sont transmis fidèlement et, malgré la facilité avec laquelle ils s'oxydent, se retrouvent dans nos alcoolatures avec toute leur fraîcheur.

Une remarque s'impose à propos de l'alcoolature de Digitale, type choisi par M. Jaccard.

Les observations cliniques faites avec notre alcoolature de Digitale n'ont jamais répondu à ce qu'on était en droit d'en attendre. Les macérations de Digitale et la digitaline cristallisée ont toujours donné des résultats bien supérieurs. A quoi les attribuer? Peut-être à une transformation chimique des principes actifs sous l'influence de l'alcool. Il y a là une bien intéressante solution que nous nous proposons d'éclaircir plus tard.

Ce cas tout particulier ne serait-il pas la cause des résultats constatés par M. Jaccard?

La dialyse ne nous eût-elle donné que cette seule préparation de réelle valeur, qu'elle eût encore bien mérité du public et surtout du monde médical.

II. — En général, les plantes indigènes qui servent à la préparation de nos alcoolatures pharmaceutiques doivent être récoltées pendant la première période de déclin de leur floraison. On ne doit jamais prendre celles qui croissent sur un terrain trop humide, privé du soleil et du grand air, à moins que la nature de la plante ne requière ces conditions. Dans la plupart des cas, il est

encore important de ne pas recueillir les fleurs et les feuilles par un temps constamment froid et humide; le moment le plus favorable est celui où, après plusieurs jours de chaleur, il est tombé une petite pluie.

Pour la préparation des alcoolatures pharmaceutiques, nous divisons les plantes indigènes en deux catégories bien distinctes :

1° Les plantes indigènes à suc abondant (succulentes);

2° Les plantes indigènes à suc minime.

Nous ne nous occuperons ici que des plantes indigènes à suc abondant et prendrons comme type l'Aconit.

Avant d'aborder la préparation de ces alcoolatures, nous poserons les conditions nécessaires et essentielles à toute bonne préparation et jugerons si les alcoolatures pharmaceutiques, telles qu'elles ont été faites jusqu'à ce jour, remplissent ces conditions.

Toute bonne alcoolature pharmaceutique doit remplir les deux conditions nécessaires et essentielles suivantes :

1° Être *complète*, c'est-a-dire renfermer tous les principes actifs de la plante.

2° Être toujours *semblable*.

Telles qu'elles ont été faites jusqu'à ce jour, les alcoolatures pharmaceutiques ne remplissent ni l'une ni l'autre de ces conditions.

1° Elles ne sont pas complètes, le mode de préparation employé ne permettant la dissolution que des principes actifs de la plante solubles dans l'alcool à 60 degrés;

2° Elles sont loin d'être toujours semblables. D'après nos expériences personnelles, rien que pour l'alcoolature de racines d'Aconit, nous avons trouvé des différences d'activité variant de 1 à 10.

III. — Pour préparer l'alcoolature d'Aconit, selon notre

nouveau procédé, on prend la plante entière, c'est-à-dire fleurs, feuilles, tiges et racines ; on hache le tout aussi menu que possible, et, après l'avoir pilé dans un mortier on le soumet à l'action de la presse.

Le suc retiré de cette première expression est mélangé avec une quantité égale en poids d'alcool à 90 degrés. On a ainsi la liqueur n° 1, que l'on conserve à part.

On met ensuite macérer pendant dix jours le marc résultant de la préparation ci-dessus dans son poids d'alcool à 90 degrés et on exprime à nouveau. On obtient la liqueur n° 2.

On réunit les deux liqueurs, on laisse déposer le temps nécessaire, et on filtre après décantation.

Avec la liqueur n° 1, on recueille tous les principes actifs solubles dans l'eau et en même temps ceux qui sont entraînés mécaniquement.

Avec la liqueur n° 2 on recueille tous les principes actifs solubles dans l'alcool à 90 degrés.

Les deux liqueurs réunies doivent donc contenir le maximum des principes actifs solubles dans l'alcool et dans l'eau, grâce au phénomène de sursolution.

Cette alcoolature remplit bien les deux conditions nécessaires et essentielles à toute bonne préparation :

1° Elle est *complète*, c'est-à-dire renferme tous les principes actifs de l'Aconit ;

2° Elle est toujours *semblable*. On n'a, en effet, qu'un moment pour recueillir la plante, moment bien facile à saisir, la première période de déclin de sa floraison.

En ayant soin de choisir un temps favorable et en n'employant que l'Aconit des montages, des Vosges principalement, on aura toujours une alcoolature qui sera non seulement complète, mais encore toujours semblable.

Cette alcoolature ainsi préparée, nous avons dosé d'une part la totalité des principes actifs, d'autre part l'aconitine cristallisée.

La différence de ces deux dosages a été peu sensible et c'est à peine si l'on peut compter pour quelques milligrammes p. 1000 le poids des autres principes actifs, tels que la picroaconitine, la pseudoaconitine, etc.

Ces principes actifs n'en sont pas moins précieux, surtout si l'on songe à la différence d'action de l'alcoolature d'Aconit et de l'aconitine cristallisée.

Nous ne donnerons ici que les différents dosages d'aconitine cristallisée que nous avons faits en collaboration avec notre très distingué confrère, M. Billon, ancien interne des hôpitaux, dont les travaux sur le dosage des alcaloïdes ont été particulièrement remarqués. Nous sommes heureux de lui réitérer ici l'expression de notre gratitude.

Procédé de dosage :

1° Faire évaporer à la plus basse température possible 200 centimètres cubes d'alcoolature d'Aconit en présence de sable lavé et d'un gramme de bicarbonate de soude ;

2° Pulvériser le mélange desséché, puis l'introduire dans un extracteur de Soxhlet et l'épuiser au moyen de la benzine ;

3° La benzine contenant l'aconitine cristallisée est évaporée et le résidu repris par l'eau acidulée par l'acide sulfurique :

4° La solution filtrée est précipitée par l'acide silicotungstique, puis le mélange est porté à l'ébullition et la filtration effectuée à froid. Les cristaux obtenus sont ensuite lavés à l'eau distillée froide.

Différents dosages que nous avons faits, avec des produits divers obtenus par le même mode de préparation, ont donné pour résultat de 13 à 17 centigrammes d'aconitine cristallisée par litre d'alcoolature.

Les mêmes dosages faits sur des préparations de racines d'Aconit obtenues d'après le Codex nous ont donné des quantités d'aconitine cristallisée variant de 3 à 35 centigrammes par litre d'alcoolature.

Dans ses travaux sur les dosages des alcaloïdes, Keller donne comme dosage de l'aconitine cristallisée :

1° 0 gr. 239 p. 100 pour les racines sèches.

Les racines sèches étant aux racines fraîches dans la proportion de 2 à 7, cela équivaut à :

0 gr. 068 p. 100 pour les racines fraîches.

Ou 0 gr. 034 p. 100 d'alcoolature à PE de racines fraîches ou d'alcool.

Ou 0 gr 34 p. 10.0.0

2° 0 gr. 10 à 0 gr. 21 p. 100 pour les feuilles sèches.

Moyenne, 0 gr. 155 p. 100 pour les feuilles sèches.

Les feuilles sèches étant aux feuilles fraîches dans la proportion de 2 à 9, cela équivaut à :

0 gr. 034 p. 100 pour les feuilles fraîches.

Ou 0 gr. 017 p. 100 d'alcoolature à PE des feuilles fraîches et d'alcool.

Ou 0 gr. 17 p. 1000.

Soit, pour une alcoolature de racines et de feuilles.

$$\frac{0.34 + 0.17}{2} = 0 \text{ gr. } 255 \text{ p. } 1000 \text{ d'aconitine cristallisée.}$$

Si on tient compte que notre alcoolature est faite non seulement avec les racines et les feuilles, mais avec la plante entière, et que par conséquent la tige ligneuse entre également dans notre préparation, on comprend

facilement que pour un kilogramme de plante employée, notre alcoolature soit un peu moins riche en aconitine cristallisée que semblerait l'indiquer la théorie, d'après les travaux de Keller

Nous ne croyons pas exagérer en estimant à 20 p. 100 la diminution à faire et en ramenant à 0 gr. 204 la quantité d'aconitine cristalisée p. 1000 d'alcoolature. C'est du reste le résultat que nous avons obtenu en additionnant le poids d'aconitine cristallisée trouvé p. 1000 d'alcoolature avec le poids d'aconitine restant dans le résidu de nos préparations.

Pour arriver à ce résultat, nous avons traité par une nouvelle quantité d'alcool à 90 degrés tous les résidus, parties ligneuses et parties recueillies sur les filtres, provenant d'une alcoolature n'ayant donné au dosage que 0 gr. 16. p. 1000. Nous avons ainsi obtenu une nouvelle teinture dont nous avons dosé l'aconitine cristallisée. L'aconitine restant correspondait à 0 gr. 035 p. 1000 de l'alcoolature primitive.

Nous avons donc retiré : 0 gr. 16 + 0 gr. 035 = 0 gr. 195 d'aconitine cristallisée p. 1000 d'alcoolature.

Notre préparation se rapproche sensiblement des dosages théoriques indiqués par les travaux de Keller.

Soit 0 gr. 195 p. 1000 d'alcoolature.

Au lieu de 0 gr. 204 p. 1000 d'alcoolature.

C'est là, pensons-nous, la meilleure justification de la valeur de notre *alcoolature totale* d'Aconit.

Nous avons également dosé l'aconitine cristallisée contenue dans les différents extraits du commerce : extrait aqueux, extrait de feuilles sèches, extrait alcoolique de racines sèches. Nous nous contenterons de mentionner que la quantité d'aconitine trouvée dans ces dosage varie de 0 gr. 34 à 2 gr. 90 p. 100.

Ces différences nous paraissent trop sensibles pour qu'on puisse accorder une grande confiance à ces extraits.

ECALLE.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE ET LE PROFESSEUR HAYEM

Nous n'hésitons pas à reconnaître l'heureuse influence qu'a eu, sur le traitement de la chlorose, l'enseignement du professeur Hayem. Il y a vingt-cinq ans, traiter la chlorose par le séjour au lit et le régime lacté eût été un scandale, l'exercice au grand air, les sports les plus violents, l'alimentation carnée, le vin, les alcools même étaient universellement conseillés et les praticiens, égarés par l'*idée* qu'ils se faisaient de la chlorose, persévéraient dans leur pratique, malgré des insuccès quotidiens. Sans doute quelques malades peu atteints encore et surtout sans complications gastriques bénéficiaient de ce régime excessif et se rétablissaient promptement, mais combien voyaient leur état s'aggraver et passer à la chronicité et à l'incurabilité! C'est parce que nous avons subi l'influence de l'opinion générale; c'est parce que nous avons longtemps pratiqué cette thérapeutiqne détestable que nous sommes très reconnaissants au professeur Hayem des lumières qu'il a jetées sur cette question et depuis longtemps déjà nous en avons fait profiter nos malades.

Si le professeur Hayem a trouvé quelque chose d'utile, s'il a fait faire au traitement de la chlorose un progrès décisif, c'est qu'il ne s'est point inspiré d'une *théorie* sur la chlorose. La clinique lui a appris que les chlorotiques

hospitalisés, et qui gardaient un repos relatif guérissaient plus vite que les chlorotiques de la ville, vivant au grand air et habituées à des exercices variés. C'est encore la Clinique qui a démontré que le *régime des dyspeptiques* bénéficiait aux chlorotiques bien plus que la viande et le vin, qu'elles digéraient mal et qui augmentaient l'affection gastrique. De là les deux premières prescriptions du professeur Hayem. *repos au lit*, *régime lacté* absolu, puis mixte.

1° *Repos au lit.* Le repos au lit empêche la destruction trop active des globules rouges. L'exercice demande aux malades une dépense de forces au-dessus de leurs moyens; le repos au lit supprime cette dépense, repose des malades toujours fatiguées et enfin combat la nervosité, la neurasthénie qui s'aggrave de toutes les excitations et des efforts imposés aux malades, pour le lever, la marche et les exercices. Le repos au lit a encore l'avantage de supprimer le *corset*, cause si fréquente de dyspepsie. Le professeur Hayem démontre que le repos au lit diminue la destruction des hématies par l'examen des urines.

Chez les chlorotiques qui se lèvent et font de l'exercice, les urines sont colorées par l'urobiline et l'arohématine, principes empruntés aux hématies, tandis que les urines des malades qui gardent le repos sont peu colorées et d'un vert pâle particulier.

D'après Hayem, le repos au lit est *indispensable* dans les cas intenses ; *favorable* dans les cas moyens : *utile* encore dans les cas légers.

La durée du traitement par le repos au lit varie, suivant l'intensité des cas, de un à deux mois. Les malades passent graduellement du repos complet à la vie ordinaire.

2° *régime.* « Au début, lait, soupe au lait, viandes

crucs (300 grammes par jour). Quinze jours ou trois semaines plus tard, œuf à la coque, poisson à chair blanche, légumes verts, compote de fruits. Le pain n'intervient qu'au bout de quatre à cinq semaines. » (p. 248). Nous ajouterons que les pommes de terre bouillies et les purées conviennent à ce régime. La désignation du poisson à *chair blanche* nous paraît trop vague, disons *poissons plats*. Mais ni maquereau, ni mulet, et encore moins d'anguilles, quoique la chair de ces poissons soit blanche. De plus les poissons ne doivent pas être frits mais bouillis.

Quand l'affection gastrique est très intense, le régime lacté exclusif doit être institué pendant quinze jours ou trois semaines.

3° *Thérapeutique.* « Le fer, dit le professeur Hayem, *est le spécifique de l'anémie chlorotique* » (p. 252). Sans vouloir incidemment ouvrir la question des *spécifiques*, nous préférons dire que *le fer est un médicament très souvent indiqué dans le traitement de la chlorose.* Pourquoi? parce que l'expérimentation a démontré que l'usage prolongé du fer déterminait une anémie analogue à celle de la chlorose, et que la clinique a confirmé cette indication en établissant les bons résultats de l'emploi du fer dans le traitement de la chlorose.

On a longtemps discuté et l'on discute encore pour savoir si le fer administré aux chlorotiques concourt directement à la rénovation globulaire, ou si son action se borne à déterminer dans l'organisme une aptitude plus grande à s'approprier le fer que contiennent les aliments, la viande en particulier. La dernière opinion nous paraît d'autant plus probable qu'il existe des observations incontestables de chlorotiques guéries par le régime et par

des médicaments, la pulsatille par exemple, qui ne contiennent pas de fer.

Le *protoxalate de fer* est la préparation que conseille le professeur Hayem. Il ajoute que ce sel doit être administré à faible dose, 10 à 20 centigrammes, deux fois par jour administré pendant un mois au plus.

J'ai longtemps administré le protoxalate de fer, mais depuis des années j'ai remplacé ce sel par le fer lui-même trituré avec le sucre de lait. Ces triturations longtemps prolongées ont pour résultat de diviser aussi parfaitement que possible les corps ainsi préparés et de les rendre plus aptes à être attaqués par les sucs gastriques, Je ne me préoccupe point de l'objection faite contre l'insolubilité du fer métallique, attendu que dans l'estomac ce corps rencontre des acides qui le transforme en sel soluble.

Comme le professeur Hayem, je prescris de toutes petites doses, un gramme de la trituration mixte, c'est-à-dire parties égales de sucre de lait et de fer réduit divisée en 20 paquets à prendre, la moitié à déjeuner et la moitié à dîner, ce qui fait 0,025 de fer par jour.

Mais dans l'école homœopathique, le fer n'est pas le seul médicament de la chlorose, pas plus que le mercure dans la syphilis. Suivant les indications, nous prescrivons l'arsenic, le chlorure de sodium, les préparations iodées et sulfurées et principalement la pulsatille.

Il est difficile de préciser quelles sont les doctrines du professeur Hayem. Après avoir déclaré que la médecine étant devenue définitivement une science d'observation, les doctrines n'ont plus qu'un intérêt historique (p. 62), ce médecin se montre absolument *essentialiste*, ce qui est une doctrine, en décrivant la chlorose comme une ma-

ladie définie et absolument distincte des autres anémies. En étiologie c'est encore mieux : après avoir rejeté la plupart des théories et des hypothèses qui ont la prétention d'expliquer la chlorose, il reconnaît que cette maladie a toujours besoin pour se développer d'un état particulier de l'organisme. « Ce qui est vrai, c'est que la chlorose ne se développe que sur un *terrain spécial* » (p. 234), ce qui veut dire, en langage scientifique que la chlorose ne se développe que chez *les prédisposés*.

Ainsi le professeur Hayem, pour lequel les doctrines n'ont plus qu'un *intérêt historique*, reconnaît, en nosologie, la doctrine des *espèces morbides* ; et, en étiologie, celle des *prédispositions définies*. Ces deux constatations sont suffisantes pour classer M. Hayem dans cette grande école traditionnelle qui étudie les maladies comme des états définis et distincts, et regarde toutes les causes externes comme subordonnées à la prédisposition définie, prédisposition définie qui n'est, en résumé, que la *maladie en puissance*.

Que M. le professeur Hayem nous permette en terminant, une observation ; les doctrines ont et auront toujours en médecine une importance capitale, parce que ce sont les doctrines qui engendrent et éclairent tous les détails de la pathologie. Ce qui devrait ne présenter *qu'un intérêt historique*, ce ne sont pas les doctrines, mais les théories et les hypothèses qui, malheureusement, et malgré les invocations les plus sincères à la méthode expérimentale, pullulent en médecine comme des champignons dans l'obscurité et l'humidité des carrières.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un saturnin. — II. Sur la valeur clinique du pouvoir absorbant de la plèvre. — III. Transmission de la fièvre typhoide par les huitres. — IV. Présentation d'un cas d'ictère acholurique. — V. Contribution a l'action des organes sur certains poisons.

I

(*Séance du 22 juin*). — MM. Louis Rénon et Latron ont observé chez un saturnin le gonflement isolé des glandes sous-maxillaires; c'est un fait rare; le plus souvent l'intoxication par le plomb agit sur les parotides seules, ou sur les parotides et d'autres glandes salivaires, mais le gonflement des sous-maxillaires seules, est très rare.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans, peintre en bâtiments, ayant présenté divers accidents de saturnisme depuis 1896 (coliques de plomb, paralysie saturnine, goutte saturnine). Il entre à Laennec pour une colique de plomb le 23 mars dernier. Le 27, tuméfaction indolore des régions sous-maxillaires. La région sous-maxillaire, de chaque côté, est très saillante et remplie par une masse de la grosseur d'une châtaigne, masse arrondie, paraissant légèrement lobulée, assez dure, mobile sur les parties profondes Les plans superficiels sont mobiles

aussi sur la petite tumeur, et il n'existe aucune rougeur; la palpation ne détermine pas la moindre douleur. Du côté de la bouche, on ne remarque aucune saillie du plancher; mais si on soulève la petite tumeur sous-maxillaire, on fait immédiatement bomber la muqueuse buccale de chaque côté correspondant de la langue. La muqueuse du plancher de la bouche ne présente aucune altération dans aucune de ses parties; les orifices des canaux de Warthon ne sont ni rouges ni enflammés; en un mot, la tuméfaction des glandes sous-maxillaires paraît indépendante d'une infection buccale transmise aux canaux sécréteurs.

Ni les parotides, ni les glandes sublinguales ne participent au processus congestif des sous-maxillaires, dont le *gonflement reste complètement isolé.*

Cette tuméfaction diminue au bout de trois jours pour ne disparaître complètement que vingt jours après.

II

Les mêmes auteurs, à la suite de MM. Ramond et Tourlet et de M. Castaigne, ont fait des recherches sur le pouvoir absorbant de la plèvre dans la pleurésie.

Chez deux malades, atteints de pleurésie séro-fibrineuse, ils ont recherché le pouvoir absorbant de la plèvre au moyen du bleu de méthylène. Chez les deux malades, la perméabilité rénale au bleu, était parfaite: le bleu de méthylène injecté ensuite dans la plèvre a commencé à paraître dans l'urine dès la première demi-heure après l'injection; mais l'élimination a persisté plus longtemps (respectivemeut vingt heures et trente heures) qu'après l'injection sous-cutanée.

Il semble aux auteurs que les injections de bleu de

méthylène dans la plèvre ont paru avoir une action favorable sur la résorption de l'épanchement.

III

M. Chantemesse a le premier appelé l'attention sur la *transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres*; il vient rapporter deux faits qui pour lui présentent un ensemble de preuves, capable d'imposer la conviction comme pourrait le faire une expérience de laboratoire. Ces deux cas ne nous paraissent pas aussi indiscutables.

Le Dr J..., qui a dépassé la quarantaine, est robuste; il a habité de longues années des milieux où régnait la fièvre typhoïde, sans jamais avoir été atteint. Son hygiène alimentaire est sévère; il ne fait usage que d'eau longuement bouillie pour boisson et pour les soins de la bouche. Le 1er décembre 1899, à Beaulieu, il fut atteint — et son cas fut isolé — d'une fièvre typhoïde grave entrecoupée de complications pulmonaires. La seule infraction antihygiénique qu'il ait commise avant sa maladie a été une ingestion d'huîtres suspectes qu'il prit à un dîner chez le professeur R... (de Montpellier), le 26 novembre. A ce dîner assistaient quatre convives. Deux s'abstinrent de manger des huîtres, le troisième n'en consomma que quelques-unes; le Dr J... en mangea une douzaine et demie. Le premier malaise fébrile apparut huit jours après.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de seize ans, soigné par le professeur Dayot (de Rennes). Atteint de rhumatisme articulaire aigu, le 27 mars 1899, ce malade fut entièrement guéri le 28 avril. Il put aller au jardin, mais ne quitta pas son domicile. Sa santé était

devenue excellente, quand il fut pris de malaise et de fièvre le 7 mai. Les symptômes augmentèrent de gravité les jours suivants et la fièvre typhoïde, à forme adynamique, compliquée d'hémorrhagies intestinales, se déroula. Elle dura quarante-cinq jours. Ce jeune homme habitait un petit hôtel avec jardin, où ne pénétraient que les personnes de la famille et les domestiques. Les unes et les autres étaient bien portantes et n'avaient eu de contact avec aucune personne malade ou convalescente. Le quartier était très salubre et indemne depuis longtemps de toute fièvre typhoïde. L'alimentation avait été la même pour toutes les personnes de la maison et aucune d'elles n'avait été malade. L'enquête a démontré que seul le jeune homme avait mangé une douzaine d'huîtres de Cancale qu'il avait trouvées excellentes. L'ingestion des huîtres avait eu lieu le 20 avril, dix-sept jours avant les premiers symptômes de la fièvre typhoïde.

IV

(*Séance du 6 juilet.*) — M. Hayem, lit une note intitulée « Coloration spéciale des téguments chez certains dyspeptiques. Ictère sans pigments biliaires ni urobiline dans les urines ». Il s'agit bien là d'un ictère, puisque le sérum sanguin est manifestement teint par la matière colorante biliaire; c'est un ictère acholurique. suivant MM. Gilbert et Louis Fournier.

MM. Pierre Mercklen et Janot présente à la Société un malade qui répond parfaitement au type clinique fixé par M. Hayem. C'est une femme, âgée de 53 ans, soignée comme chlorotique à l'âge de 23 ans, sujette depuis l'âge de 25 ans à des douleurs disséminées et erratiques qui

répondent au type clinique de la névralgie générale de Valleix, ou neurasthénie douloureuse. Elle est atteinte depuis dix-huit mois environ d'une dyspepsie rebelle, sans vomissements, avec langue saburrale et haleine fétide, douleurs épigastriques, constipation opiniâtre et parfois selles glaireuses. Cet état s'est compliqué, depuis deux à trois mois, d'une teinte jaune de la peau, sans coloration ictérique des conjonctives ni ictère urinaire. C'est une teinte jaune chamois surtout prononcée à la face, aux mains, le long des crêtes tibiales, à la plante des pieds, rappelant bien plus la xanthodermie que l'ictérodermie. Les muqueuses ne sont pas colorées et les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont jamais présenté trace de pigments biliaires; cela plaiderait pour le diagnostic de xanthodermie, n'était l'existence bien constatée dans le sérum sanguin de matière colorante biliaire. Nous avons examiné le sang recueilli au moyen de deux ventouses scarifiées, après rétraction complète du caillot. Le sérum transsudé était de couleur acajou claire; il obscurcissait toute la partie droite du spectre, du bleu au violet, et traité par l'acide nitrique nitreux, il présentait au bout de quelques minutes un léger liséré bleuâtre immédiatement au-dessus de la zone d'albumine colorée en jaune; la réaction de Gmelin était donc positive.

Depuis l'apparition de cette ictérodermie, la malade a maigri et sa constipation est plus prononcée que jamais. La neurasthénie habituelle s'est exagérée. L'examen des autres organes est négatif : le foie a son volume habituel et les matières fécales ne sont ni bilieuses ni décolorées. La circulation est régulière et la tension artérielle est de 17. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Leur volume est de 1.000 à 1.200 grammes pour les

vingt-quatre heures et leur densité est de 1.013; la quantité d'urée sécrétée dans la journée est d'environ 15 gr. Cette oligurie est sans doute en rapport avec les troubles digestifs et nutritifs, car la perméabilité rénale semble normale : l'élimination du bleu de méthylène s'est montrée régulière, sans intermittences; commencée dès la première heure, elle s'est terminée à la soixante-douzième.

La pathogénie de l'ictère acholurique est discutée. MM. Gilbert et Castaigne pensent que l'acholurie tient, au moins dans la majorité des cas, à un défaut de perméabilité rénale; cette observation ne répond pas à cette hypothèse. M. Hayem suppose qu'il existe une légère infection des voies biliaires avec trop faible quantité de pigment dans le sérum sanguin pour qu'il puisse traverser le filtre rénal. Cette supposition concorde avec le mauvais état des fonctions gastro-intestinales, mais n'explique pas la durée indéfinie de l'ictère acholurique. Il est vrai que la teinte jaune est sujette à variations.

V

(*Séance du* 20 *juillet*). — M. Roger a démontré l'action d'arrêt du foie sur certains poisons; les expériences de Wassermann montrent que la substance nerveuse arrête la toxine tétanique; MM. Vidal et Nobécourt ont prouvé que cette même substance arrête aussi la strychnine.

MM. Thoinot et G. Brouardel ont cherché par une méthode simple et même un peu grossière à connaître quelle action d'autres organes pouvaient exercer sur certains poisons nettement définis; cette méthode (déjà plusieurs fois employée) consiste à extraire un organe sur un animal qu'on vient de tuer, à triturer immédiatement une

portion bien pesée et toujours identique de cet organe avec une quantité donnée de poison, à filtrer le mélange sur compresse stérilisée, en ayant soin de pressurer de telle sorte qu'aucun résidu ne demeure sur le filtre et à injecter de suite à un animal, toujours de même espèce, le résultat de la trituration.

On injecte en même temps à un témoin une dose égale de poison, passée elle-même sur un filtre analogue pour éviter toute cause d'erreur provenant de l'arrêt, très léger d'ailleurs, du toxique sur le filtre.

Les solutions contenant les substances expérimentées avaient été préparées en grande quantité; ce sont les mêmes qui ont été constamment employées car on sait quelle différence de toxicité un poison peut présenter suivant l'époque, le mode de sa préparation, suivant aussi son degré de dilution. Les quantités ont toujours été calculées pour 100 grammes d'animal.

L'animal employé a été le cobaye; le poids de tissu organique a été de 3 grammes pour chaque expérience, sauf le rein; la toxicité particulière du tissu rénal en effet a empêché d'en employer une quantité supérieure à 2 grammes.

Les résultats obtenus avec chaque poison diffèrent suivant les organes; et un fait général se dégage, c'est que l'action exercée par ces derniers est en réalité double et opposée : c'est tantôt une action d'arrêt et tantôt une action de renforcement.

D'autres fois encore, il ne se produit aucune action, le poison agissant comme s'il était isolé.

Voici sommairement exposés les résultats obtenus :

A. *Sulfate d'atropine.* — Le tissu pulmonaire neutralise fortement le sulfate d'atropine : lorsqu'on triture 3 gr.

de ce tissu avec le poison, il en faut injecter deux fois et demie la dose mortelle minima habituelle pour tuer l'animal.

Les substances rénales, musculaires et hépatiques se montrent douées aussi d'un pouvoir d'arrêt pour ce poison, mais à un moindre degré; la dose injectée ne tue que lorsqu'elle égale une fois et demie la dose mortelle habituelle.

Le parenchyme cardiaque n'exerce aucune action.

B. *Arsenic.* — La substance rénale et la substance hépatique exercent une action d'arrêt sur ce poison qu'il faut — mélangé à 3 grammes de chacune de ces pulpes — injecter à raison d'une fois et demie la dose mortelle minima habituelle pour tuer l'animal.

Mais avec les tissus musculaire, cardiaque et cérébral apparaît le renforcement de la toxicité signalé plus haut : il suffit du tiers de la dose mortelle ordinaire trituré avec 3 grammes de cœur ou de muscles pour tuer l'animal, et des deux tiers avec 3 grammes de cerveau.

Le poumon, si actif avec le sulfate d'atropine, est ici sans action.

C. *Sulfate de strychnine.* — Pour ce poison, c'est la substance hépatique qui est douée du plus grand pouvoir de neutralisation. Lorsqu'on le triture en effet avec 3 gr. de cette matière, il en faut injecter quatre fois la dose mortelle minima habituelle pour tuer l'animal.

Les tissus musculaire, rénal, pulmonaire, et cérébral, neutralisent aussi une certaine quantité, moindre cependant que le tissu hépatique; il faut, en effet, pour causer des accidents mortels, injecter trois fois la dose habituelle du poison, lorsqu'on le triture avec 3 grammes de la pre-

mière substance, et deux fois lorsqu'on le triture avec 2 et 3 grammes des dernières.

D. *Chlorhydrate de morphine.* — Trois substances jouent nettement le rôle d'arrêt : trituré en effet avec 3 grammes de substance musculaire ou avec 2 grammes de substance rénale, le poison ne tue qu'à raison de une fois et demie la dose mortelle habituelle.

Le tissu hépatique nous a semblé jouer constamment le rôle d'arrêt, mais dans des proportions qui ont varié suivant nos séries d'expériences.

Les substances cérébrale et cardiaque neutralisent aussi mais très faiblement, le poison : l'animal injecté avec la dose mortelle habituelle triturée avec 3 grammes de chacune d'elles, ne meurt pas, mais est tué à coup sûr par une quantité très légèrement supérieure.

En résumé :

Deux parenchymes arrêtent, neutralisent tous les poisons essayés par nous en proportions variables, mais d'une façon constante : *le foie* et *le rein*. Le premier a l'action la plus forte vis-à-vis de la strychnine ; c'est aussi sur ce toxique que le rein exerce l'arrêt le plus net, mais à un plus faible degré. Egalement constante, mais moindre, est l'action de ces parenchymes sur l'arsenic et l'atropine.

Le tissu musculaire neutralise une assez forte proportion de strychnine, et une moindre dose de morphine et d'atropine ; il remplit à l'égard de l'arsenic un rôle de renforcement.

La substance cardiaque neutralise nettement la strycnine, faiblement la morphine, laisse l'atropine intacte et exagère légèrement la toxicité de l'arsenic.

Le tissu pulmonaire arrête surtout l'atropine, plus fai-

blement la strychnine et la morphine; il est sans effet sur l'arsenic.

Quant au tissu cérébral, il neutralise la morphine et la strychnine, reste indifférent vis-à-vis de l'atropine, mais exalte notamment l'action de l'arsenic.

Ces expériences, très intéressantes, permetteront peut-être, dans les empoisonnements, d'obtenir des effets favorables en injectant sous la peau les extraits d'organes préparés suivant la méthode de Brown-Séquard et employé d'après leur action antitoxique.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

TRAITEMENT DE LA SCROFULE

par le Dr FR. GIVESIUS

(Extrait de son cours de vacances).

L'auteur embrasse dans son étude l'ensemble des cas, dont certains sont aujourd'hui dénommés tuberculeux et naguère encore classés sous le vocable général scrofule. C'est dans une exacte individualisation plutôt que dans des conceptions théoriques qu'il faut chercher les règles du traitement.

Il divise son étude en trois groupes pathologiques : la peau et les muqueuses avec *Sulfur* comme médicament principal; les glandes avec *Calcarea*, les os avec *Phosphorus* dans le premier groupe.

Arsenic. — Dermatites sèches avec furfures, induration

de la peau et aussi pustules, vésicules purulentes. Ulcères à sécrétion épaisse, de mauvaise odeur; prurit brûlant, aggravation nocturne, amélioration par la chaleur. De la 3ᵉ à la 30ᵉ. Dans la forme purulente *Ars. jod.* 3ᵉ *X.* a souvent donné de bons résultats.

Calc. carb. — Quand il y a peu de symptômes cutanés, c'est surtout un médicament de fond; eczéma capitis à croûtes épaisses blanc gris.

Graphites. — Médicament des éruptions sèches, à la face, derrière les oreilles et aux plis articulaires. De la 6ᵉ à la 10ᵉ dilution contre la constipation on donne souvent la troisième.

Causticum. — Eczéma derrière les oreilles et dans les cheveux, sécrétion peu abondante, gluante S'adresse aux sujets faibles, inquiets, aux extrémités maigres, à gros ventre, rhumatisants à peau sèche, constipés.

Clematis. — Eczéma vésiculeux, tantôt sec, tantôt humide.

Hepar sulf. calc. — Antiscrofuleux par excellence, analogue à sulfur, favorise la résorption des exsudats, la maturité des abcès, en alternance avec *Mercur.* ou après lui; convient plutôt aux cas torpides, Mercu. aux cas florides.

Ferrum iod. — Eczéma des joues, impétigo généralisé, quand il y a l'indication de *Ferrum.*

Mercur. — Surtout *Solubilis* aux basses puissances; se donne alterné, comme *Sulfur*, avec d'autres médicaments quand ils paraissent ne pas agir. Eczéma aigu, avec sueur huileuse mal odorante de la tête; pléthore, agitation.

Natr. muriat. — Se donne moins chez le sorofuleux

eczéma, croûtes purulentes du coin de la bouche, cheveux collés.

Petrol. — S'emploie moins chez les scrofuleux que dans les autres affections cutanées.

Rhus (semblable à *Mezereum*). Peau rude, excoriée, croûtes épaisses, nauséabondes, pustules sur une base érysipélateuse. Croûtes lactées, avec démangeaisons intolérables, éruptions derrière les oreilles.

Staphys. — Eruptions sèches ou humides, ambulantes, prurigineuses. Dents branlantes (syphilis héréditaire), gencives saignantes.

Sulfur. — Médicament de début du groupe, comme *Calcarea* l'est pour les glandes. Doit être suivi des médicaments indiqués suivant le sujet. Peau rude, siège d'éruptions sèches. Sueurs partielles, acné, pustules, intertrigo des plis de la peau. L'enfant a la tête grosse, fontanelles ouvertes, tendance au rachitisme. soif, intense, mauvais état de la nutrition, tête chaude et pieds froids, circulation du sang mal répartie, pléthores localisées. Mauvaise humeur.

On peut ajouter à ces médicaments : *Arctium lappa T. M.* qui peut agir héroïquement dans les cas d'éruptions humide, nauséabonde, blanc verdâtre, avec adénite.

Nux Juglans. — Ulcération à l'intérieur des oreilles et derrière ; cuir chevelu, rouge, avec prurit ; croûtes sur les bras et au creux axillaire.

Oleander. — Très bien caractérisé par l'hyperesthésie cutanée, le moindre grattage fait ulcère, eczéma aigu, accompagné de diarrhée avec selles mal digérées.

On peut encore conseiller *Viola tric.* : croûte lactée avec cheveux collés, urine très nauséabonde. Un régime approprié peut donner avec ce médicament un résultat

parfait; il s'agit d'une diète exclusive et sèche; l'auteur cite à l'appui des observations concluantes.

Pour la diathèse furonculeuse et les abcès multiples c'est *Hepar sulf.*, le médicament de choix.

Pour les enfants prédisposés à la pneumonie, Tartarus agit très bien dans les maladies de la peau.

Le coryza sec ou humide, si caractéristique de la scrofule et souvent de la syphilis héréditaire, indique l'emploi des médicaments suivants ; *Argent nitr.* : sécrétion de sang et de pus, avec embarras de la tête, frisson, pâleur du teint, ulcère des narines.

Ars. 6e et 30e. — Sécrétion brûlante, abondante, ulcérant la lèvre, et cependant le nez est bouché.

Calc. carb. — Le nez de l'enfant est gros, donnant mauvaise odeur, les fosses nasales obstruées, se dégagent le jour, en sécrétant un pus jaune mal odorant. Cet état prolongé peut favoriser la formation de polypes.

Graphites. — Croûtes sèches dans le nez, ulcères, anosmie, sécrétion mal odorante, constipation.

Hepar sulf. 3e et 6e *d.* — Sécrétion purulente ou sanglante, sécheresse de l'arrière-nez et du pharynx, eczéma des narines et de la lèvre supérieure *Merc. præc. rub.* ou *Solubilis* 3e : catarrhe dû à l'humidité, sécrétion abondante et épaisse.

Sulfur. — Sécrétion abondante au grand air, obstruction à la chambre. Ulcères secs, croûtes dans le nez, alterné de huit en huit jours avec Calcarea. A ces médicaments s'ajoutent *Kali carb.* quand la respiration nasale ne peut se faire dans la chambre, s'opère en plein air. Grande démangeaison dans le nez, sécrétion épaisse de sang ou de mucus, localisée à un seul côté. Douleur brû-

lante, ulcères des fosses nasales. Céphalalgie, voix rauque

Dans l'ozène qui va souvent jusqu'à la nécrose des os, il faut s'assurer si un processus local, qui arrête le résultat du traitement interne, n'exige pas une intervention du spécialiste. Il faut limiter la douche nasale à l'indication d'éliminer par le lavage les croûtes.

Aurum. — Perforation du septum, carie des os du nez, syphilis héréditaire.

Kali bichr. — Excellent médicament des sécrétions nauséabondes, filantes ou se durcissant, et sortant en masses verdâtres, le matin surtout.

Phosphor. — Polypes, mucus strié de sang, croûtes sèches.

Silicea. — Sécrétion excoriante, épaisse de la muqueuse ulcérée, ou sécheresse se propageant, avec des démangeaisons à la trompe d'Eustache. Dans les angines aiguës, à récidive.

Bellad. — Gonflement et rougeur des to nsilles et de la gorge puis *Merc. biod. rub.* 4e est très actif; *Hepar sulf.* 3e lui succède bien.

La prise à sec des triturations est beaucoup moins active que si l'on fait prendre la même dose dans 6 cuillerées d'eau, une d'heure en heure, ou de deux en deux heures, suivant l'intensité du mal.

Dans les formes chroniques : *Calc. jod.*, mais le remède de choix est *Baryta muriat.* (*Carbonica* n'agit pas). Dans les cas superficiels on peut donner *Iod. Merc.*, et le *Sulf. de potasse.*

Les végétations adénoïdes, si sujettes à récidives après les opérations doivent être soumises à un traitement souverain : *Calc. carb.* 8e X deux fois par jour, durant une

semaine, IV gouttes, et la semaine suivante *Sulfur*. 6e X, IV gouttes 2 fois par jour; à continuer pendant quelques mois.

L'otite externe, si elle est due à l'eczéma sera justiciable des moyens appropriés.

L'otite moyenne : *Acid. nitric.*, diarrhée nauséabonde, carie du mastoïde, retentissement exagérée de la voix.

Calcar. — Épaississement du tympan, dysécie, bruits perforation, polypes et granulations du tympan.

On peut y ajouter *Silicea* : enfants à tête grosse, sueurs du crâne et des pieds. Convient surtout quand les os sont atteints.

Aurum. — Douleur à la région mastoïde, otorrhée nauséabonde, perforation.

Capsicum. — Particulièrement indiqué quand la suppuration commence.

Hepar sulf. — Douleurs pongitives, pus putride, dans les otites à sécrétion moins âcre, sans grosses douleurs et vive inflammation, tandis que *Merc. solub.*, 3e convient aux vives douleurs de la nuit avec inflammation très marquée, suppuration, douleurs térébrantes, troubles auditifs.

Petrol. — Quand la trompe est prise ce qui amène des souffles variés.

AFFECTIONS DES GLANDES.

Aurum. — Scrofulose torpide. Badiaga, id. Baryta mur. Scrofulose floride.

Brom. — Gonflement de la parotide et des autres glandes chez les enfants, avec tendance au pus, durcissement, chaleur locale.

Calc. jod. — Convient aux glandes moins profondément malades.

Calcar. carb. est le médicament spécial et de fond, qui souvent suffit à transformer les enfants ayant tous les stigmates de la scrofule en sujets vigoureux.

Graphites. — Produit l'adénite cervicale, axillaire, inguinale, mésentérique, ventre gros et dur.

Conium. — Convient aux grosses glandes dures.

Hepar. — Le meilleur médicament des glandes ; à la 6e il les fait disparaître ; à la 3e hâte leur maturité.

L'iode et ses dérivés, *Ars. iod* , *Ferrum iod.*, *Calc. iod.*, *Kal. iod.*, agissent sur les grosses glandes torpides. Les enfants sont affamés; ils restent maigres, sont mieux au grand air.

Merc. sol. — Formes éréthiques, florides, rougeur phlegmoneuse, plus mal le soir, à la chaleur du lit, fait bien avant qu'on donne *Hepar.*

Silicea — Suppurations prolongées.

Sulfur. — Au début, quand l'ensemble l'indique.

Arsen. — Diarrhée écumeuse, purulente, sent très mauvais. Membres maigris, peau jaune, ventre dilaté.

Calc. phos. — Quand le ventre est mou, la diarrhée verte, écumeuse ou aqueuse, les fontanelles persistantes.

Baryta carb. — Déglutition douloureuse, gastralgie après le repas. Ventre gros, sueur des pieds mal odorante.

Iode. — Etat torpide ; boulimie ; mauvaise humeur.

Sulfur. — Fontanelles ouvertes, affections osseuses, boulimie, maigreur, assimilation nutritive incomplète, tête chaude, pieds froids.

Abrotanum. — Indications très nettes, dans la faim intense, digestion défectueuse, amaigrissement, cépha-

lalgie à droite, alternance de diarrhée et de constipation.

DANS LES MALADIES OSSEUSES on emploiera *Calc. carb.*, *fluorica* et surtout *Calc. phosph.*, surtout quand le pus est formé. L'*hypophosphite* agit encore plus profondément, quand la suppuration est très active. On donne de ces médicaments la 2e X.

Acide fluoric. — Carie, surtout des os longs.

Acide phosphor. — Coxite, carie vertébrale.

Phosphorus. — L'enfant a trop vite grandi, ses cheveux sont fins, sa peau laisse transparaître les veines, l'irritabilité et la faiblesse sont caractéristiques. L'esprit aussi est irritable (le contraire de Calcarea).

Au début de la carie des vertèbres on remarque une diarrhée surtout matinale, avec aliments mal digérés ; le pus comprime la moelle épinière, le malade ne peut supporter de chaleur sur la colonne vertébrale (c'est là un symptôme précurseur de spondylite). L'enfant arrive à ne plus pouvoir marcher : tumeur blanche, coxite.

Phosphorus complète *Silicea*, les symptômes généraux servent de guide.

Silicea. — Médicament particulier des os, aggravation par le froid, sueur des pieds mal odorante. Irritation, carie vertébrale, scoliose, cyphose, coxite, gonite avec fistules donnant du pus.

Pour finir, dans la tumeur blanche du genou, avec fièvre hectique de la dernière période : *Arsen.*, *Bellad*, rougeur et gonflement, battements, ectasie veineuse. *Bryone*, gonflement pâle, douleur au moindre mouvement. *Iode*, 2e et 3e période, fistules, bourgeonnements, fièvre.

Pour la coxite : *Arsen.*, 3e période, maigreur, agitation, diarrhée, aggravation à minuit. *Belladone* : douleurs

pongitives, aggravation nocturne, fièvre, insomnie. *Colocynt.* : 2e et 3e stade, urine sombre, miction difficile; diarrhée verte, le malade se couche sur le côté malade, la jambe repliée, douleur avec crampes.

Kali carb. — Très important. Douleur déchirante de la jointure, contractures musculaire. A la marche, douleur dans le genou. Sursaut dans le sommeil, aggravation à 3 heures du matin.

Lycopod. — Aggravation de 4 à 8 heures du soir. Fièvre, mauvaise humeur, agitation.

Mercur. — Au début et au dernier stade, agitation, sueur, aggravation nocturne marquée. Se donne avant ou après Bellad.

Rhus. — 1er et 2e stade, pression sur le trochanter douloureuse. Eczéma de la tête et de la face. Douleur surtout dans le genou. Aggravation par le froid, le repos.

Sulfur. — Paupières rouges et enflammées, tête chaude, pieds et mains froids, tâches rouges de la face. Le matin diarrhée ou constipation. Sueur légère. Somnolence du jour, insomnie de la nuit.

(*Allgem. homœop. Zeitung*, nos 23-24-25-26, juin 1900).

P. PICARD.

REVUE DES JOURNAUX

RÉGRESSION MÉDICAMENTEUSE DE TUMEURS MALIGNES

Le cancer apparaît comme une maladie infectieuse qui envahit peu à peu l'organisme. Il doit donc être de nature parasitaire. La théorie du parasitisme végétal doit être abandonnée, celle du parasitisme animal semble

devoir être admise. L'auteur admet la présence d'un protozoaire dont il a cherché le poison ou le médicament spécifique. Pratiquement M. Jaboulay a donné la quinine à des cancéreux inopérables comme médicament spécifique et non point comme nervin et analgésique.

Il a d'abord associé le calomel et la quinine, pensant, d'après la clinique, que la syphilis prédisposait au cancer, puis il a administré la quinine seule. Il a fait des injections sous-cutanées d'une solution de bichlorhydrate de quinine, de façon à faire pénétrer d'abord 0,50 centigrammes et au bout d'une semaine 1 gramme du médicament par jour et par piqûre.

Une malade privée de sommeil depuis six mois, atteinte de cancer utérin ayant ouvert la vessie, a été soulagée dès le troisième jour. Une deuxième malade atteinte de cancer ulcéré du sein avec tumeur secondaire de la base du crâne, a vu disparaître la céphalalgie après douze injections.

La quinine dans ces cas paraît avoir agi comme médicament nervin plutôt que comme spécifique.

Dans un troisième cas, la quinine a eu une action spécifique évidente. Il s'agit d'une malade reconnue atteinte de cancer du sein droit, ayant envahi les ganglions axillaires, par neuf chirurgiens et cinq concurrents en chirurgie. Cette malade, opérée il y a deux ans et demi, est revenue récemment. Elle présentait un noyau de récidive comme une mandarine dans la partie externe de la cicatrice, une masse emplissait l'aisselle d'une dureté ligneuse immobile et adhérente, et une série de ganglions néoplasiques disséminés dans le creux sus-claviculaire. Le membre droit était, dans toute son étendue, œdémateux,

au point d'avoir trois ou quatre fois le volume du membre supérieur gauche.

A cette malade, on pratiqua une injection de calomel de 0.06 centigrammes, puis huit jours après, des injections de chlorhydrate de quinine à la dose de 0.15 centigrammes par jour.

La régression de la masse axillaire a commencé dès la fin de la première semaine, où les injections de quinine ont été employées. L'œdème du membre a diminué chaque jour. Après vingt jours, l'œdème est nul; le creux axillaire présente trois petits ganglions mobiles; dans l'aisselle, à la place du bloc, on trouve trois foyers ganglionnaires. La tumeur récidivée de la cicatrice a diminué du quart environ. Le membre a récupéré ses mouvements.

Ce résultat n'a jamais été donné par aucun autre procédé connu, et ne ressemble en rien aux rétrocessions par les sérums. Une vingtaine d'injections de chlorhydrate de quinine, ont transformé un cancer inopérable, pour lequel l'amputation interscapulo-thoracique eût été insuffisante, au point d'en faire une tumeur opérable.

Ce fait thérapeutique s'explique par le fait que les pays à cancer offrent certaines particularités géologiques comme les pays à malaria. De plus ce fait fait ranger l'auteur parmi les partisans du parasite animal, la *quinine étant le poison des protozoaires* et agissant sur la tumeur maligne à cause de cette action spéciale. Dr JABOULAY

(*Echo Médical de Lyon*, 15 juillet).

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1900

PATHOLOGIE INTERNE

De la prophylaxie de la tuberculose par la viande crue. Travaux de MM. d'Héricourt et Richet

MM. d'Héricourt et Richet, à qui revient incontestablement l'honneur d'avoir essayé le traitement de la tuberculose par la *sérumthérapie*, paraissent depuis quelques années abandonner ce côté de la question. Cependant cet abandon n'est point un découragement et fidèles à cette parole qu'ils prononcèrent naguère : « C'est un devoir étroit pour les hommes de laboratoire de travailler toujours à l'étude de la thérapeutique de la tuberculose », ils concentrent leurs recherches sur la prophylaxie de cette maladie et ils pensent avoir trouvé cette prophylaxie dans l'alimentation par la viande crue.

Nous félicitons hautement les deux savants dont nous rapportons les travaux d'avoir abandonné la voie vulgaire de la prophylaxie. Ils ne nous rééditent point la légende de la contagion et les merveilleux secours attribués aux crachoirs hygiéniques et aux réglements administratifs aussi implacables que tyranniques dont l'Académie de médecine nous rabat les oreilles depuis quelques mois.

Si 96 p. 100 des jeunes enfants sont porteurs de gan-

glions inoculables aux cobayes (Wolland), si nous sommes tous ou presque tous tuberculeux ayant hérité, non pas d'une prédisposition banale, mais du bacille lui-même, comme le prouvent les travaux de Gartner à quoi bon nous protéger contre une contagion qui n'est possible que par les procédés de laboratoire. La seule prophylaxie réellement scientifique consiste, comme je le disais au Congrès de la tuberculose en 1899, à mettre l'organisme en état de résister au bacille qu'il porte dans son sein, et de maintenir toujours le microbe de la tuberculose à *l'état latent*. Si, en effet, les médecins, au lieu de s'emballer comme ils le font toujours à la suite d'une théorie, voulaient observer les faits, *lire dans le grand livre de la nature*, comme on disait au siècle dernier, ils verraient que ces nourrissons qui 96 fois pour 100 sont porteurs de tuberculose ne meurent pourtant pas tous de phtisie. Loin de là. La plupart luttent avec succès contre le bacille de Koch, se fortifient de jour en jour et mènent jusqu'à un âge avancé une vie exempte de maladie tuberculeuse. Cependant ce bacille est toujours présent dans leur organisme et s'ils tombent dans la misère physiologique, s'ils prennent certaines maladies comme le diabète, si surtout ils deviennent alcooliques, le bacille qui vivait d'une vie latente se réveille et la tuberculose reprend tous ses droits.

Nous avons rappelé tous ces faits, faits d'observation, parce qu'ils montrent bien la puissance de l'organisme et des circonstances extérieures sur l'arrêt ou le développement de la tuberculose, et que par cela même ils montrent toute l'importance des travaux de MM. d'Héricourt et Richet.

Les expériences de MM. d'Héricourt et Richet ont été

faites sur des chiens. Ces animaux ont été inoculés avec de la tuberculose. Ceux qui furent nourris avec de la viande crue ont survécu tandis que les témoins ont succombé dans le temps ordinaire. Il y a une certaine difficulté pratique pour l'emploi de la viande crue chez l'homme. Aussi nos deux auteurs se sont occupés d'un procédé qui rend facile le régime de la viande crue chez l'homme. Au lieu de donner la viande elle-même, ils administrent le jus obtenu par pression. Voici comment on obtient ce jus : il ne faut pas hacher la viande, mais la couper en assez gros morceaux et la soumettre à une forte presse. On a obtenu par ce moyen 35 p. 100 de jus du poids total de la viande. Avec une presse plus faible, celle dont on dispose habituellement, on n'obtient que 20 p. 100.

Les auteurs donnent ensuite des détails sur les quantités d'azote total, d'azote soluble et d'azote albuminoïde contenus dans ce jus. Nos lecteurs pourront lire ces détails à la page 561 des comptes rendus de la Société de biologie.

MM. d'Héricourt et Richet font remarquer qu'il ne s'agit point ici de suralimentation. « Si la zomothérapie agit, ce n'est pas par la suralimentation ; c'est peut-être en stimulant la nutrition. C'est plutôt encore, à notre sens, parce qu'elle imprègne les cellules nerveuses, qu'elle préserve d'une auto-intoxication due aux matières toxiques que sécrète le bacille tuberculeux (page 565) ».

Tout en louant sans réserve le travail que nous venons d'analyser, nous n'avons pu sans sourire insérer cette dernière phrase qui répond si bien aux préoccupations théoriques de l'heure actuelle.

Nous recevons le compte rendu de la Société de biologie du 23 juin et ce numéro contient des documents qui vien-

nent se joindre tout naturellement à ce qui précède. C'est d'abord :

Une recette du D[r] Laborde pour préparer sous le nom de potage de *viande crue* l'aliment destiné aux phtisiques. Cette recette ne contient rien de bien nouveau, je puis même dire qu'elle est classique, et consiste tout simplement dans un procédé bien connu : Râper de la viande crue, la mélanger à du bouillon *froid* pour constituer une sorte de purée, de crème que l'on réchauffe avec du bouillon chaud au moment de s'en servir.

Nous ne ferons qu'une remarque c'est que ce procédé pour préparer la viande crue n'a aucune analogie avec celui préconisé par MM. d'Héricourt et Richet.

M. Laborde a la faiblesse de communiquer au public par l'intermédiaire de la Société de biologie, ce qu'il appelle *le traitement médical de choix de la tuberculose.* Nous avons lu avec empressement les lignes contenues sous ce titre alléchant et, déception, nous n'avons trouvé comme traitement de choix qu'une préparation à base de créosote, enjolivée, je ne sais pourquoi d'eucalyptol et de sulfate de spartéine; le tout administré par voie hypodermique.

La créosote a dit son dernier mot il y a longtemps et ce dernier mot est un aveu d'impuissance.

L'eucalyptus ne guérit pas plus la tuberculose que la fièvre intermittente et quant au sulfate de spartéine, je ne vois pas bien ce qu'il vient faire ici.

M. Laborde appartient encore à cette école des croyants qui pensent qu'on peut détruire à l'aide d'un microbicide les bacilles pathogènes en évolution dans l'organisme L'asepsie empêche bien le développement du streptocoque pendant les opérations, mais jamais un corps antiseptique fussent le sublimé ou l'acide phénique n'a pu détruire un

microbe pathogène déjà développé. C'est pour cela qu'en chirurgie, quand, par négligence ou par inattention, on a laissé la porte ouverte au streptocoque, les opérés meurent de pyohémie comme au temps jadis.

Concluons : que c'est perdre son temps que de chercher à guérir la tuberculose par un microbicide quelconque. Faites de loin en loin une injection de sérum de Klebs. Prescrivez l'iodure d'arsenic et par dessus tout soumettez le malade à une bonne hygiène. Cure d'air et peut-être alimentation par la viande crue suivant le procédé de MM. d'Héricourt et Richet et vous ferez plus pour les tuberculeux qu'avec tous les gaïacol du monde.

Dr P. Jousset.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOMŒOPATHIE

DE L'EXPOSITION DE 1900

TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ

Argentum Met. — On l'emploie dans le diabète sucré; l'urine est copieuse et trouble; prostration et faiblesse extrême; le scrotum et les pieds sont œdémateux, et il y a de la démangeaison; disposition à la gangrène; les chevilles sont enflées. Dose : 3 X, 6.

Acid. picric. — L'urine contient du sucre et de l'albumine, est rouge foncé et d'un grand poids spécifique; dégoût pour toute nourriture; soif insatiable pour l'eau froide; prédominance des instincts animaux avec émissions; battements saccadés des muscles; le patient

manque d'énergie pour toute occupation. Dose : 1 X, 3.

Acid. phosphoric. — On l'emploie dans la glycosurie d'origine nerveuse ; faiblesse occasionnée par la perte du fluide animal ; la vue se trouble ; il y a éructations acides ; l'estomac semble comprimé ; les selles sont dures, fréquents besoins d'uriner ; il est nécessaire de se lever la nuit pour évacuer de grandes quantités d'urine incolore ; l'urine est épaisse, ressemble à du lait ou à de l'eau de chaux, avec apparence de gelée, traces de sang. Elle se décompose rapidement ; il y a des douleurs au dos et aux reins. Dose : 1 X.

Calcarea Phos. — S'emploie pour la glycosurie quand il survient des complications aux poumons, diminuant la quantité d'urine et abaissant son poids spécifique ; fortes douleurs dans la vessie, augmentant après avoir uriné. Dose : 1 X, 3 X.

Carbo. — L'urine est abondante, jaune clair et laiteuse. Dose : 6.

Curare. — On l'emploie dans le diabète aigu qui menace la vie ; l'urine est claire et fréquente, avec des douleurs de crampes dans les reins, élancements à l'estomac ; la bouche devient sèche avec soif extrême, spécialement le soir et le matin ; l'urine contient du sucre, l'amaigrissement commence. Dose : 1 X, 3 X.

Helonias. — L'urine est abondante et albumineuse ; il s'y trouve une grande quantité de sucre, il y a amaigrissement, soif, agitation et mélancolie. Dose : 1 X.

Kali bromatum. — On l'emploie dans le diabète sucré, si le patient est maigre et pâle, si la peau est froide et sèche, le pouls vif et faible, la langue rouge et molle, si les gencives sont spongieuses et saignantes ; la soif insatiable, l'appétit dévorant apparaissent ; il y a constipa-

tion, l'urine est pâle, fréquente, d'une grande densité et chargée de sucre. Dose : 1 X.

Natrum Sulphur. — Le patient est déprimé, sombre, taciturne, las de vivre; la tête semble lourde et la vue trouble; les yeux sont secs et brûlants; il y a des saignements de nez : la bouche et la gorge sont sèches; la soif est inextinguible, le patient soupire après les boissons froides; un appétit dévorant se fait sentir en même temps qu'une douleur insupportable; dégoût en mangeant; fréquents besoins d'uriner; impossibilité de retenir l'urine; on éprouve des points dans la vessie en urinant, ainsi que des brûlures dans l'urètre; il y a de la toux avec expectoration purulente. Dose 3.

Phosphorus. — Diabète sucré avec phtisie.

L'urine est abondante, pâle comme de l'eau ou bien elle est trouble, blanchâtre comme du lait caillé, avec dépôt de poussière de brique, et des pellicules irisées sur la surface : il y a diathèse goutteuse. Dose 3 X, 3.

Plumbum. — Est généralement un excellent médicament; il agit principalement sur les reins. Maladie de Bright, atrophie du rein; l'urine est émise goutte à goutte, d'une couleur foncée et fétide. Le Dr Herring a eu beaucoup à apprécier ce médicament pour la glycosurie produite par un empoisonnement chronique par le plomb. Il y a constipation, grande maigreur, grande faim. Dose 3 X, 3.

Scilla. — Il y a du diabète jour et nuit (principalement la nuit, Ac. Phos.). Dose I.

Syzygium Jambol. — A la propriété de diminuer la quantité d'urine et fait disparaître le sucre. Dose 1e x.

Secale Cor. — Est, selon mon opinion, un excellent remède pour le diabète. Je l'ai administré dans plusieurs

cas et j'en ai conclu que ce médicament sera reconnu très efficace pour le diabète sucré et le diabète insipide.

J'ajoute, plus bas, les résultats de quelques observations.

Cas n° 1. — Babu Kali Pressano Ray, âgé de quarante ans, souffrait du diabète depuis sept ans. Aucun médicament ne pouvait guérir la maladie. Je remarquai les symptômes suivants : grande quantité de sucre dans l'urine, grande soif, le patient soupirait après les boissons froides qui pesaient lourdement sur l'estomac ; on remarquait de l'émaciation et la pâleur de la peau ; il y avait prostration extrême, froid intense des genoux ; le patient était très agité. Je prescrivis *Secale Cor* 6e ; le patient se rétablit avant qu'un mois fût écoulé.

Cas n° 2. — Babu R. L. Sirkar, âgé de cinquante et un ans ; avait le diabète sucré.

Moral. — Il y avait manque de mémoire : il ne pouvait fixer son attention sur aucun sujet.

Urine. — Abondance de sucre dans l'urine, avec besoins continuels et douleurs dans la vessie ; urine d'un jaune pâle.

Bouche. — Sécheresse de la bouche, salive gluante et chargée d'écume, grande soif ; je prescrivis *Secale* 6 c, qui le guérit.

3e *cas.* — Babu P. C. Ray souffrait du diabète depuis onze ans. Il était devenu un véritable squelette. Les symptômes suivants alternaient chez le patient :

Moral. — Anxiété et caractère craintif.

Sensorium. — Etourdissements et vertiges.

Yeux. — Pesanteur des yeux.

Oreilles. — L'ouïe indistincte.

Nez. — Le nez est sec, bouché, le patient ne peut respirer.

Face. — La face est pâle, le teint terreux, chaleur, brûlements à la figure avec les joues pâles.

Bouche. — Sécheresse à la bouche.

Désirs. — Faim même après le repas ; désir d'eau.

Estomac. — Sensation de vide dans l'estomac.

Selles. — Prédisposition à la constipation ; les selles sont dures et difficiles.

Urine. — Violents besoins après avoir uriné ; urine pâle, avec sédiments gélatineux ; douleur aux hanches en urinant.

Toux. — Il y a toux sèche.

Pouls. — Le pouls est lent et faible.

Sensations. — Grande lassitude, augmentée par toute occupation morale.

Je prescrivis *Secale* 6 c. Il guérit radicalement dans les deux mois.

4ᵉ *cas.* — Babu M. M. Rhattacharjee M. A. B. L. âgé de 45 ans, souffrait du diabète. Il avait aussi la dyspepsie, quand je fus appelé pour le voir. Les symptômes les plus notables étaient ceux-ci :

Moral. — Absence d'esprit. Le malade songeait sans cesse au suicide.

Intérieur de la tête. — Douleurs de tête occasionnées par le plus petit chagrin.

Yeux. — Larmoiement abondant et âcre.

Nez. — Enflure et sécheresse du nez.

Face. — La face pâle et abattue.

Langue. — Goût amer.

Bouche. — Sèche, soif légère.

Envies. — Le patient avait faim et ne pouvait manger. Nausées et vomissements; les nausées avaient lieu le soir, spécialement après avoir mangé.

Abdomen. — Coliques flatulentes vers le soir : brûlements dans l'abdomen.

Hypochondres. — Brûlements et douleur aiguë dans la région hépatique.

Estomac. — Violente pression sur l'estomac comme par un poids lourd, avec brûlure.

Urine. — Violent besoin après avoir uriné; l'urine est pâle, aqueuse et fréquente.

Respiration. — Lente.

Cœur et pouls. — Le soir, il y avait des palpitations avec pouls lent et intermittent.

Membres en général. — Grande lassitude et tremblement des membres; crampes dans les mains et les doigts du pied.

Nerfs. — Prostration considérable.

Peau. — Elle était toujours sèche.

Tempérament. — Toujours irritable et nerveux. Pour ce cas, *Secale* agit comme par enchantement pour chasser tous les maux.

5° *cas.* — Babu... souffrait du diabète. Il avait également des fièvres intermittentes qui apparaissaient chaque après-midi. La température était alors de 102°. Voici quels étaient les symptômes :

Moral. — Mélancolie et dégoût pour le travail.

Sensorium. — Vertiges.

Yeux. — Sécheresse des yeux.

Face. — Pâle, teint terreux.

Langue. — Goût très amer, langue sèche et couverte d'un enduit noir.

Gencives. — Saignant facilement.

Désirs. — Faim canine, même après avoir mangé.

Selles. — Constipation ; selles tenaces et dures.

Urine. — Enorme quantité d'urine évacuée journellement, avec prostration et lassitude excessive. L'urine contenait du sucre et de l'albumine, était rouge foncé et d'un grand poids spécifique.

Organes sexuels. — La puissance et les désirs sexuels avaient complètement disparu.

Cœur. — Il y avait de fortes palpitations de cœur.

Pouls. — Petit et intermittent.

Fièvre. — Frissons chaque après-midi avec grande soif. Toutes les phases n'ont pas été notées. Le patient fut confié à mon traitement le 16 janvier 1899. Je prescrivis *Sizygium Jambol*, le 6 janvier. Il n'en éprouva aucun bien, eut une mauvaise nuit, évacua une grande quantité d'urine : poids spécifique 1045, abondance de sucre ; température 102°.

10 *janvier.* — Aucune amélioration.

11 *janvier.* — Je prescrivis *Secale Cor.* 6 c. Le patient se sentit bien mieux, eut une nuit calme, émit 94 onces d'urine dans les vingt-quatre heures ; poids spécifique 1042, avec beaucoup de sucre : il y avait de la fièvre.

20 *janvier.* — Pas de fièvre ; total de l'urine émise en vingt-quatre heures, 70 onces ; poids spécifique 1035 ; encore beaucoup de sucre.

30 *janvier.* — Quantité totale d'urine, 60 onces ; poids spécifique 1028 ; traces de sucre.

10 *février.* — Quantité d'urine, 55 onces ; poids spécifique 1024 ; pas de sucre.

Tableau des principales indications pour l'usage des remèdes mentionnés dans cet ouvrage sur le diabète sucré par le Dr Sarat Chandra Ghosh.

Remèdes.	Urine.	Quantité d'urine et symptômes qui s'y associent.	Symptômes concomitants.	Remarques.
Argentum M. ..	Sucrée.	Abondante et trouble.	Débilité extrême avec prostration; le scrotum et les pieds sont œdémateux; il y a de la démangeaison; les chevilles sont enflées.	Est employé pour le diabète sucré.
Acide Picrique..	Sucrée et albumineuse.	L'urine est d'un rouge brun et d'un grand poids spécifique.	Soif insatiable pour l'eau froide; excitation sexuelle avec émissions; battements, élancements des muscles.	Le patient manque de volonté, d'énergie pour toute occupation.
Acide Phos.....	L'urine est épaisse, ressemble à du lait, ou de l'eau de chaux, avec apparence de gelée, traces de sang; limpide et albumineuse.	Fréquent besoin d'uriner, il est nécessaire de se lever souvent la nuit pour émettre de grandes quantités d'urine incolore.	La vue se trouble; l'estomac se comprime; les selles sont dures; la douleur dans les reins et le dos se fait sentir.	Est employé dans la glycosurie d'origine nerveuse avec grand succès.
Calcarea Phos...	Sucrée.	L'urine est abondante et d'un grand poids spécifique, forte douleur à la vessie, augmentant après avoir uriné.	Soupirs involontaires.	S'emploie dans la glycosurie, quand les poumons s'affectent.
Curare...	Claire, sucrée.	Urine fréquente.	Il se joint à la maladie des douleurs de crampes aux reins; la soif est extrême, principalement le soir; amaigrissement extrême; douleurs lancinantes à l'estomac.	S'emploie dans le diabète aigu, qui menace la vie et la met en danger.

Hélonias........	Albumineuse ou sucrée.	Fréquente; douleur cuisante après avoir uriné.	Amaigrissement; soif; agitation; mélancolie.	»
Kali Brom.....	Sucrée ou chargée de phosphates.	L'urine est pâle et fréquente et d'une grande densité.	Les gencives sont spongieuses et saignantes; appétit vorace; constipation; peau sèche et froide; pouls rapide et plein; langue rouge et molle; grande soif.	On l'emploie dans le diabète sucré quand le patient pâlit et maigrit beaucoup.
Natrum Sulph..	»	Saignements de nez; soif insatiable; désir ardent de boissons froides; appétit vorace; avec une douleur fatiguante; dégoût pendant la nutrition; la tête lourde et la vue faible; les yeux secs et brûlants; toux avec expectoration purulente.	Fréquent besoin d'uriner, impossibilité de se retenir, brûlements au passage, points à la vessie.	L'urine peut être ou peut ne pas être sucrée le patient est visiblement déprimé, sombre, taciturne ou fatigué de la vie; s'emploie spécialement pour les diabétiques goutteux.
Phosphorus.....	Sucrée, blanchâtre comme du lait caillé, dépôt ressemblant à la poussière de briques, avec pellicules irisées à la surface.	Il s'y joint une maladie cérébrale.	L'urine est pâle, copieuse, comme de l'eau ou trouble.	S'emploie spécialement dans la glycosurie, avec phtisie dans la diathèse goutteuse.
Plumbum......	Sucrée.	Atrophie des reins; il y a fièvre avec grande soif; constipation; grand amaigrissement; grand appétit.	L'urine passe goutte à goutte, est d'un grands poids spécifique.	S'emploie également pour le diabète sucré et le diabète insipide. S'emploie spécialement pour le diabète provenant d'un empoisonnement chronique par le plomb.

Remèdes.	Urine.	Quantité d'urine et symptômes qui s'y associent.	Symptômes concomitants.	Remarques.
Secale Cor......	Sucrée ou albumineuse ou les deux ensemble.	Violent besoin après avoir uriné; l'urine est fréquente et rouge ou jaune pâle, d'un grand poids spécifique.	Anxiété, frayeurs et perte de la mémoire; vertiges et étourdissements; sécheresse de la bouche, goût amer, grande soif; faim, après avoir mangé, constipation; les selles sont dures et tenaces; le pouls faible ou lent; grande lassitude et prostration: teint terreux et pâle.	Peut être employé également pour le diabète sucré et le diabète insipide. (Note spéciale de l'auteur).
Syzygium Jambol	Sucrée.	L'urine est copieuse et fréquente.	»	»
Thuya..........	Sucrée, mousseuse et déposant des mucosités brunes.	L'urine e t trop fréquente, trop copieuse; après avoir uriné, le patient éprouve la sensation de gouttes coulant dans l'urètre.	Grand désir de manger alternant avec la perte de l'appétit; soupire après les boissons froides ou les aliments froids; faiblesse le matin.	Si la glycosurie survient après une longue suppression de gonorrhée.
Uranium nitr...	Sucrée.	Urine fréquente; elle a une odeur de poisson.	Sommeil obstiné; salivation abondante; grande langueur et débilité; somnolence et frissonnements durant le jour.	S'emploie dans le diabète d'origine hépatique, convient bien mieux encore aux cas de diabète originaire de la dyspepsie ou occasionné par un dérangement des facultés d'assimilation.

Fait spécialement pour le 6e congrès international homœopathique.

Dr Sarat Chandra Ghosh (de Midnapore).

16 *février*. — Quantité d'urine, 50 onces ; poids spécifique 1020 ; pas de sucre.

22 *février*. — Quantité d'urine 44 onces ; poids spécifique 1018 ; pas de sucre.

28 *février*. — Quantité d'urine, 40 onces ; poids spécifique 1014 ; pas de sucre.

Le malade fut radicalement guéri par *Secale Cor.*

Ces cas prouvent, d'une manière éclatante, la puissance de l'action curative de *Secale* pour le diabète sucré et le diabète insipide.

Thuya. — Si la glycosurie se déclare après une longue suppression de la gonorrhée, avec de fréquents besoins d'uriner, en émissions abondantes nuit et jour, grande faim alternant avec absence d'appétit ; ardent désir de boissons et d'aliments froids ; si l'urine contient du sucre, de l'écume et un dépôt muqueux brun ; faiblesse augmentant le soir. Dose 1 — 3.

Uranium nitricum. — S'emploi pour le diabète sucré et le diabète insipide. Le Dr Hughes le considère comme étant le meilleur remède pour les cas de diabète occasionnés par la dyspepsie ou par le dérangement des fonctions assimilatrices et le diabète d'origine hépatique ; il provoque le dépôt de sucre dans l'urine, le sommeil obstiné, la salivation abondante ; les vomissements apparaissent avec une grande soif ; l'urine est fréquente, les nuits sont agitées ; l'urine a une odeur de poisson ; il y a somnolence et frisonnements durant la nuit. Dose 3 X.

Moyens accessoires.

On doit prendre la nourriture la plus saine ; des bains chauds ; l'usage de la flanelle, avec un climat chaud, qui est un grand auxiliaire pour aider à la guérison du diabète. Le malade peut prendre du lait caillé. Le traite-

ment au lait caillé ajouté au traitement est un excellent moyen pour diminuer la quantité de l'urine et réduire son poids spécifique. Le D[r] Dontrin et plusieurs autres ont employé ce moyen avec le plus grand succès, à la condition qu'il soit observé et suivi méthodiquement ; autrement il n'y aurait aucune amélioration à en espérer.

Il faut prendre de 5 à 7 pintes de lait caillé par jour.

D[r] Sarat Chandra Ghosh.

MÉDECINE PRATIQUE

CURE D'ALTITUDE DANS LA GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

On a conseillé, même dans des cas très graves de diarrhée infantile, de conduire les enfants à la montagne, *même mourants,* suivant l'expression du professeur Grasset dans ses *Consultations médicales*. Notre confrère le D[r] Ferlin, de Valence, vient de publier, en faveur de cette pratique, quatre observations (1) que nous voulons reproduire. Ce moyen thérapeutique, quoique n'étant pas à la portée de tous, peut rendre de grands services et mérite d'être connu.

Voici ce que dit le D[r] Ferlin : « Je désire ramener votre attention sur une mesure qui est souvent à elle seule et dans des conditions merveilleuses de rapidité, le salut. C'est le transport du cher petit malade, non pas seulement à la campagne, ce serait tout à fait insuffisant (du moins dans nos pays) mais à la montagne, à l'altitude (de 900 à 1.200 mètres) où il trouvera avec l'air particulièrement salutaire et vivifiant qui convient à son système nerveux déjà si fâcheusement impressionné par les réactions abdo-

(1) *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*, 1[er] août 1900.

minales, des conditions climatériques se rapprochant en plein été de la saison tempérée, la courte durée de la chaleur diurne, la fraîcheur des nuits et sera ainsi replacé dans les conditions physiologiques et bio-chimiques susceptibles de lui rendre une bonne élaboration digestive. »

Observation I (*Résumé*). — F. T... naît au mois de juin 1897. Vigueur et poids normaux. On le met en nourrice à Saint-Péray. Deux ou trois semaines après sa naissance, le Dr Bouvat me prévient qu'il est très malade. Ses nourriciers habitent une hutte située dans un creux de rocher, au flanc de Crussol : on n'a pas idée de pareille étuve en juillet. L'enfant est ramené à Valence dans sa famille dont l'hygiène est très confortable. Un peu de diarrhée, mais surtout vomissements incoercibles. Tout est essayé : le réglage des tétées, la diète hydrique, les eaux alcalines, diverses médications. La nourrice est bonne ; elle n'a contre elle que des antécédents éloignés de coliques hépatiques. Pour l'acquit de notre conscience, nous en essayons deux autres excellentes. Nous tentons même l'allaitement au lait stérilisé, dans l'espoir que l'enfant s'en accommode mieux. Les vomissements continuent toujours. La dénutrition s'achève. L'enfant tient par miracle. La confiance des parents me permet seule de faire effectuer, dans ces lamentables conditions, un départ pour Villard-de-Lans. A mi-chemin le petit malade est si mal qu'on est obligé de coucher. Mais la seconde étape, à partir de Pont-en-Royans, se fait le lendemain sans vomissements. Au Villard, résurrection presque immédiate. L'enfant y passe tout le reste de l'été, superbe, profitant bien de sa première nourrice dont le lait n'était certainement pour rien dans les accidents. Au retour en plaine,

on procure aux nourriciers un autre logement aéré, plus spacieux et sain.

Observation II (*Résumé*). — Ma petite fille Henriette est parvenue à ses onze mois. Sa mère l'a nourrie jusqu'ici très bien, en s'aidant d'un peu de lait, puis de petites soupes. Une nouvelle grossesse tarit brusquement ses seins et nous sommes acculés en juillet, époque où les nourrices sont rares, à un sevrage prématuré, nous espérons que le lait stérilisé sera notre salut. Mais l'enfant qui le prend avec répugnance en est indigérée et commence bientôt des accidents dyspeptiques et intestinaux fébriles et graves. Elle est rapidement dans une dépression inquiétante. Nous avons le bonheur de mettre la main sur une excellente nourrice de l'Ardèche. Nous l'emmenons avec l'enfant à Peyrus (300 mètres d'altitude). Nous nous étions très bien trouvés de cette station, en côteau, pour un de nos enfants, deux ans auparavant. Mais nos anxiétés ne sont pas dissipées. L'infection gastro-intestinale persiste. Henriette prend à peine et digère avec difficulté quelques cuillerées à café exprimées du sein de la nourrice. Je m'inspire du conseil de Grasset : porter l'enfant à la montagne *même mourant*. L'arrivée à l'altitude est marquée par une chute brusque de la fièvre avec pâleur syncopale de la petite malade qui semble à sa dernière heure. Après ce mauvais moment, elle se ranime, tète avec entrain, ne rejette pas. Seule la diarrhée se prolonge encore deux ou trois semaines, mais comme une diarrhée simple, catarrhale, sans caractère infectieux, sans retentissement général déprimant. J'ai d'ailleurs le plus souvent observé un délai de plusieurs jours, quelquefois d'une ou plusieurs semaines pour remettre en parfait état le fonctionnement

de l'intestin, alors que l'altitude modifiait dès les premières heures l'intolérance gastrique, les symptômes infectieux et la dépression nerveuse.

Observation III (*Résumé*). — L. D..., enfant nourri par sa mère, mais avec l'aide prédominante du biberon stérilisé, a fait à chaque poussée dentaire une crise gastro-intestinale que les chaleurs de septembre rendent cette fois particulièrement menaçante. Toxi-infection rapide, fièvre vive, semi-convulsions. Sur mon conseil, on part pour le Villard, où l'état subit dès les premières heures les changements indiqués à l'observation précédente et qui lui enlèvent tout caractère de gravité.

Observation IV (*Résumé*). — X... est un enfant chétif, profondément anémique, sans teint, les conjonctives bleu de porcelaine; dyspeptique habituel, bien qu'il ait eu une assez bonne nourrice, dix-huit mois. Je redoute pour lui la traversée des fortes chaleurs. En effet, après une courte période de diarrhée légère, il est bientôt atteint de dysenterie aiguë, fébrile, avec ténesme, selles sanguinolentes. J'insiste pour qu'il soit transporté au Villard où, malgré l'amendement assez rapide des symptômes les plus graves, il lui fallut recevoir les soins très prolongés de notre distingué confrère le Dr Ollivier. Je suis persuadé que cet enfant n'aurait pas guéri à Valence : la montagne a rendu efficace la sollicitude très éclairée du médecin.

Nous n'avons rien à ajouter à ces observations, sauf que la cure d'altitude n'empêchera pas de se servir de nos médicaments habituels qui nous donnent souvent des succès même dans les cas paraissant les plus désespérés et particulièrement *Veratrum*, *Arsenic*, *Ipeca*, *Calcar. carb.*, *Carbo veget.*, etc., etc.

Dr Marc Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi de la gastérine dans les affections de l'estomac.

M. le Dr Frémont, de Vichy, a, depuis plusieurs années, étudié l'emploi du suc gastrique de chien dans les affections de l'estomac et les résultats qu'il a obtenus, ainsi que quelques médecins à qui il a bien voulu envoyer de son produit *la gastérine*, sont très satisfaisants; nous aurons donc là un moyen précieux lorsqu'il sera facile de se le procurer.

Le Dr Frémont a fait plusieurs communications aux diverses sociétés savantes. Voici la fin du mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine le 14 mai 1895 :

« Le suc gastrique, sécrété par ces animaux, renferme de l'acide chlorhydrique, de la pepsine, du ferment lab, sous une forme et dans des proportions que le plus grand savant ne peut réaliser.

« Il possède un pouvoir digestif extrême; il est d'une propreté absolue puisqu'il ne renferme pas un microbe; il peut s'ingérer pur ou avec la boisson, car sa saveur n'est pas désagréable; il se conserve longtemps; par conséquent ce suc gastrique pourra être pris toutes les fois que l'estomac fait une sécrétion insuffisante.

« Il sera utile chez les malades atteints d'affections fébriles aiguës et leur permettra de digérer jusqu'à ce que l'orage soit passé. Il diminuera la longueur de la convalescence, enfin, lors de sécrétion chronique insuffisante de l'estomac, il permettra de relever l'état général en favorisant la digestion.

« Chez les malades dont la sécrétion stomacale est insuffisante, sans qu'il y ait lésion de l'estomac, on peut

même espérer la guérison. Tels sont certains anémiques, chlorotiques, neurasthéniques et affaiblis chez lesquels l'estomac ne sécrète pas en raison de l'état général. Lorsque, grâce au suc gastrique animal, ils seront redevenus gros, gras, vigoureux, il est probable que l'estomac reprendra son fonctionnement normal.

« J'ai un certain nombre de malades qui rentrent dans cette dernière catégorie, pour lesquels mes meilleurs maîtres et moi-même n'àvons pu obtenir de résultats favorables. Je vais tenter ce moyen à coup sûr inoffensif; quels que soient les résultats obtenus, j'aurai l'honneur de les soumettre à la haute et bienveillante appréciation de l'Académie de médecine. »

M. Frémont, en isolant les estomacs de ses chiens, a bien soin de respecter les pneumogastriques, pour obtenir une sécrétion normale abondante, active au point de vue digestif.

Le procédé consiste essentiellement : 1° à séparer l'estomac de l'œsophage et du duodénum par deux sections portant sur le cardia et sur le pylore, sans intéresser les vaisseaux et les nerfs ; 2° à aboucher l'extrémité inférieure de l'œsophage avec l'extrémité du tube digestif; 3° à fermer enfin les deux orifices de l'estomac, qui est alors complétement isolé. Il fournit du suc gastrique pur (par action réflexe) quand on donne à manger à l'animal. Pour le recueillir, une fistule est créée au niveau de la paroi abdominale de la façon suivante : on sectionne la musculaire perpendiculairement, puis la muqueuse à cinq millimètres, et obliquement ; un tube en caoutchouc maintient ce bec de flûte pendant quatre ou huit jours; dans la suite, une sonde soulève cette valve vivante pour faire couler à volonté cette sécrétion qui se conserve automatiquement dans la poche stomacale isolée.

La *sécrétion* de l'estomac isolé, pendant un jeûne de douze à dix-huit heures, est en quantité très minime, parfois presque nulle, épaisse, gluante, muqueuse, peu acide, peu active. Elle devient abondante, limpide comme de l'eau, très acide, douée d'un réel pouvoir digestif sous l'influence de l'alimentation des animaux par action réflexe. L'estomac isolé subit dans sa sécrétion les variations de l'estomac ordinaire.

M. le D[r] Herzen, professeur à l'Université de Lausanne, dans deux communications au Congrès international de physiologie tenu à Berne, du 9 au 13 septembre, sur l'activité digestive de la sécrétion de l'estomac isolé, a montré que 50 centimètres cubes digèrent plus de 42 gr. d'albumine coagulés de blanc d'œuf, si difficile à attaquer.

Voici l'analyse de la Gastérine, fait par le D[r] Bardet.

Il déclare que ce suc est transparent, limpide, à odeur à peine perceptible, à saveur franche sans arrière-goût. Acidité totale 4 gr. 422 au litre, dont 4 gr. 154 d'acide chlorhydrique libre. Pas d'acide de fermentation. Dans les digestions « une bonne part de HCl libre s'est combiné à la matière albuminoïde, et c'est intéressant parce que dans les digestions en milieu artificiel, il y a toujours une quantité d'acide fixé très faible. »

Voici les principaux cas dans lesquels M. Frémont a employé la gastérine avec avantages :

Embarras d'estomac soulagés instantanément. — 50 grammes de gastérine font disparaître la céphalalgie, la douleur épigastique, et permettent d'éviter la diète et le repos au lit, chaque fois que ces phénomènes se produisent chez une très ancienne hypopeptique. — 100 grammes de gastérine dans du bouillon permettent

d'éviter un état vertigineux des plus pénibles qui se produisait après chaque repas depuis huit jours; cette dose répétée pendant deux jours ramène l'état normal.

Entérite aiguë guérie en quelques heures par de la gastérine mêlée avec de la bière ; les vomissements, les selles diarrhéiques, les nausées et les douleurs d'intestin cessent dès les premières doses.

Choléra nostras avec selles incessantes, vomissements incoercibles, crampes dans les mollets, joues pâles, extrémités froides, guéri par la gastérine en moins de douze heures.

Grippe à forme gastro-intestinale : fièvre élevée, 40° ; échec des médications ordinaires continuées pendant trois jours. La gastérine, donnée dans de la bière, fait disparaître la fièvre en vingt-quatre heures ; sa cessation ramène la fièvre à 39°6. Deux jours après, sa reprise guérit de nouveau l'embarras gastro-intestinal et la fièvre. *Pour ma part, je n'ai jamais vu une expérience plus décisive.*

Insuffisance gastro-intestinale, gros foie, amaigrissement progressif. Gastérine, augmentation de 10 *kilos en six mois.*

Apepsie, amaigrissement, 52 *kil.* 400 *avec une taille de* 1 *m.* 78 ; *intolérance pour tous les aliments et boissons* ; anéantissement. La gastérine permet l'alimentation. Elle est donnée aux doses croissantes de 100, 200, 300, 500 centimètres cubes par jour. *Le poids augmente de* 20 *kilos en dix mois* et le malade reprend la direction de ses affaires abandonnées depuis près de cinq ans. Ce malade se porte bien, digère bien sans gastérine depuis mars 1896.

Neurasthénie grave ; *apepsie* ; *dyspepsie flatulente* ; vertige avec bourdonnements d'oreille. Guérison par la gastérine : auto-observation rédigée par le D[r] Z...

Gastrite chronique grave ; amaigrissement de 46 *kilos en*

dix mois; intolérance gastrique absolue; mort imminente. Gastérine. Rapidement cessation des douleurs stomacales; peu à peu alimentation substantielle grâce à la gastérine prise à la dose de 500 centimètres cubes par jour. *Augmentation de 26 kilos en douze mois.* A partir de ce moment, le malade, dont j'ai publié le journal quotidien recueilli par lui, a cessé la gastérine et a continué à bien digérer.

Fievre typhoïde en novembre 1897 : *Diarrhée et vomissements persistants* jusqu'en 1898; *amaigrissement extrême*, 33 kil. 900 avec une taille de 1 m. 64. Gastérine à la dose de 500 centimètres cubes; cessation des douleurs, des vomissements, de la diarrhée; *augmentation de 16 kilos en sept semaines.*

Hyposécrétion légère, mais douleurs de tête, vomissements bilieux par crises, sensation constante de fatigue; gastérine à la dose de 30 grammes vers la fin de chacun des deux principaux repas. Disparition rapide des phénomènes morbides; guérison après l'usage de la gastérine pendant deux mois.

Nous avons rapporté ici-même différentes communications à la Société médicale des hôpitaux faites par MM. Launois, Le Gendre et Barth qui ont obtenu chez plusieurs malades des résultats très remarquables; nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur ces communications que nos lecteurs pourront retrouver.

Voici les conclusions du Dr Frémont dans les *Archives de thérapeutique* (1) où nous avons pris les éléments de cet article.

La gastérine est le type de l'opothérapie stomacale. Elle convient dans tous les états de sécrétion insuffisante de l'estomac, sauf le cancer. Dans les insuffisances aiguës,

(1) Juillet 1900.

elle guérit rapidement ; dans les insuffisances chroniques, elle soulage toujours, guérit souvent. Elle est contre-indiquée dans l'hyperchlorhydrie, sauf dans les moments d'embarras gastriques, car alors il y a hypochlorhydrie plus ou moins passagère.

Nous sommes disposés à employer la gastérine si nous pouvons nous en procurer, car l'opothérapie nous paraît une thérapeutique d'avenir. Dr Marc Jousset.

Sciatique chronique guérie par une piqure de vipère

Sous ce titre, le Dr Pommerol (de Gerzat), publie dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) une observation très curieuse que nous allons reproduire avec les considérations qu'elle lui inspire.

Marie M..., quarante-cinq ans, habitant à Châteaugay, Puy-de-Dôme, souffrait, depuis plusieurs années, de douleurs sciatiques violentes, dans le membre inférieur gauche. Elle avait consulté plusieurs médecins de Clermont et suivi diverses médications. Les calmants, les révulsifs, les altérants, tout avait été inutilement préconisé. Des saisons hydro-minérales à Châteauneuf-les-Bains et à Saint-Nectaire n'avaient pas été plus efficaces. Les muscles fléchisseurs de la cuisse et de la jambe avaient fini par se rétracter et la malade claudicant marchait avec une extrême difficulté.

Elle voulut dans le courant du mois de juin aller en voiture à un pré-verger où se faisait la fenaison. En marchant sur l'herbe récemment fauchée, elle sentit une vive douleur au niveau de la malléole externe gauche. Elle se coucha et vit ramper un petit serpent de couleur noirâtre. La douleur ne disparaissant pas, et bientôt un gonflement

(1) 2 août 1900.

considérable s'étant manifesté, elle se fit conduire à son domicile.

Je fus appelé quatre à cinq heures après l'accident. Je trouvai la malade couchée, la figure pâle. Elle avait des sensations de défaillance, des nausées, des lipothymies. Le pouls était petit, misérable, la respiration pénible, les forces anéanties. J'examinai la partie blessée et je constatai d'une manière apparente deux petits points violacés, espacés d'un centimètre environ et situés au-dessus de la malléole externe gauche. La jambe était endolorie, et un gonflement dur s'étendait jusqu'au voisinage de l'aine. Il ne pouvait y avoir de doute, Marie M... avait été mordue par une vipère ; la blessure faite par les crochets venimeux était caractéristique.

A cette époque on ne se servait pas, en injections hypodermiques, des médicaments oxydants, tels que l'acide chromique et le permanganate de potasse. Je me bornai à soutenir les forces de la malade. J'administrai l'ammoniaque remède alors populaire, ainsi que l'alcool et le café à fortes doses. J'enveloppai le membre dans de l'ouate et j'attendis les événements.

Tout alla bien : les phénomènes généraux disparurent en quelques jours ; le membre, d'abord livide, violacé, prit une teinte jaunâtre ; après trois semaines, un mois, les forces revinrent et la malade put être considérée comme guérie. Je lui dis alors qu'il se pourrait fort bien que sa sciatique fût amendée à la suite de la révulsion violente dont elle venait d'être la victime. Les résultats dépassèrent mon espérance. A partir du jour de la morsure, Marie M... ne sentit plus aucune douleur dans le nerf sciatique. Insensiblement les raideurs musculaires disparurent, et le membre reprit ses fonctions normales. Voilà déjà long-

temps que l'accident est survenu, et la guérison s'est maintenue d'une manière définitive. La sciatique de nature chronique, très douloureuse et datant de cinq à six ans, avait disparu comme par enchantement à la suite d'une piqûre de vipère.

Les anciens, dans leur thérapeutique, faisaient un usage fréquent de la vipère. La fameuse thériaque contenait de la chair et sans doute aussi du venin de ce reptile. On se servait beaucoup de cette panacée pour la guérison même des piqûres de bêtes venimeuses et des morsures de chiens enragés. Ambroise Paré (*OEuvres*, liv. XXI, ch. XIII, et liv. XXII, ch. XXIV) cite, d'après Galien, des faits remarquables de guérison. Des chasseurs m'ont assuré que tout chien piqué par une vipère était réfractaire à la rage. Qu'y a-t-il de vrai en cette affirmation?

Devant le fait si probant que je viens de rapporter, maintenant surtout que la thérapeutique nouvelle est surtout orientée du côté des sérums, il serait sans doute utile d'étudier l'action des venins atténués comme médication curative. Il y a certainement dans cette direction plus d'une découverte importante à faire.

Nous sommes pleinement d'accord avec notre confrère sur l'utilité d'étudier l'action des venins atténués comme médication curative, mais nous nous permettrons de lui faire remarquer, qu'il devrait savoir que les homœopathes emploient depuis longtemps les venins dilués dans un grand nombre de maladies, que particulièrement le venin de vipère nous a donné de bons résultats dans les affections du foie et du cœur; qu'il existe une observation de Viaud-Grandmarais d'une maladie de cœur guérie par une morsure de vipère, observation qui serait à rapprocher de celle de M. Pommerol. D[r] MARC JOUSSET.

REVUE CRITIQUE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à l'Exposition de 1900 (*Paris*).

Les Congrès ont au moins un résultat : c'est de reproduire assez exactement, non pas toujours l'état de la science, mais bien plutôt l'état des esprits chez les médecins. Or cette constatation a deux avantages : elle permet de se rendre compte de la situation exacte des doctrines en présence, et elle donne une direction utile à la critique de l'erreur et à la propagande de la vérité.

Deux Congrès internationaux de médecine ont été tenus dans les salles de l'Expositions : Un Congrès international de médecine homœopathique et un Congrès international de médecine allopathique. Le premier a été l'objet d'un compte rendu rédigé par les secrétaires du Congrès. Ce compte rendu sera reproduit intégralement dans le journal. Je n'aurai donc à m'en occuper dans cet article, que pour dire que ces grandes assises de l'école homœopathique ont démontré de nombreux progrès, non seulement quant à la conception même de l'idée générale de la doctrine, mais encore quant aux applications pratiques.

Nous ne prétendons pas donner, dans cet article, l'analyse de tous les mémoires présentés au Congrès allopathique. Des volumes spéciaux nous feront connaître ces mémoires *in extenso*, et déjà la plupart des journaux de médecine ont publié des comptes rendus suffisants pour les apprécier. Nous nous proposons surtout de montrer quel est l'esprit qui a présidé à la discussion des questions générales, des questions de doctrine ; nous retiendrons en plus quel-

ques questions pratiques et principalement celles qui touchent à la thérapeutique.

Le rôle *des microbes* dans la pathogénie des maladies a surtout attiré notre attention et nous avons constaté, avec plaisir, une appréciation de plus en plus juste du rôle étiologique des microbes. Nous prendrons pour exemple les affections *gastro-intestinales de l'enfance* dont le Dr Marfan a donné une analyse fort intéressante. Il faut lire cette analyse dans la brochure que ce médecin a publié en dehors du compte rendu trop restreint du Congrès. Ce mémoire nous donne une appréciation très juste du rôle des microbes dans la pathogénie des gastro-entérites de l'enfance, appréciation qui se rapproche beaucoup des opinions soutenues par l'*Art Médical* dans ces questions si difficiles et si controversées.

LES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES DE L'ENFANCE

M. Marfan commence par déblayer le terrain pathologique d'hypothèses et de théories, malheureusement passées dans le courant scientifique.

L'*atrepsie* ne désigne point une maladie, mais la cachexie qui suit les entérites chroniques. Cette expression, dit M. Marfan, et nous sommes complètement de son avis, doit disparaître de la langue médicale.

Les *dyspepsies*, les *troubles chroniques* de la digestion, et la *dilatation de l'estomac* seraient toujours liés à la gastro-entérite des nourrissons (Marfan. *De la gastro-entérite des nourrissons*, p. 18 et 25).

Etudiant le rôle pathogénique des bacilles, M. Marfan rappelle d'abord la question historique.

Pour *Baginski* le Bacillum coli, le Bacillum lactis (qui n'est qu'une variété du coli) le proteus et même le strep-

tocoque ne sont pas habituellement pathogènes ; on les retrouve à l'état de saprophytes habituels de l'intestin, chez l'enfant bien portant ; et ils ne deviennent pathogènes que sous l'influence de causes occasionnelles : grandes chaleurs, suralimentation avec aliments non stérilisés.

Czerny enseigne que le rôle des microbes dans la diarrhée des nourrissons n'est pas *primitif*, mais que ces microbes ne deviennent pathogènes que lorsque les troubles digestifs ont déterminé un *état acide* du contenu intestinal.

Le Dr Marfan résumant la question dit que *l'infection* est le plus souvent *endogène* et *secondaire* ; que tous les microbes qui se rencontrent dans la gastro-entérite des nourrissons sont des saprophytes ; et que la maladie se développe à l'occasion de causes occasionnelles (p. 31 et suivantes).

Ces causes occasionnelles auxquelles l'auteur consacre des chapitres distincts et fort détaillés sont : la *suralimentation* par tétées trop fréquentes ou trop abondantes et, ce qui est fort rare, par lait trop fort ; le *lait non stérilisé*, la contagion dans les crèches (?).

La stérilisation du lait doit être faite avec le plus grand soin ; et elle ne doit pas être faite trop longtemps après la traite, parce que la chaleur qui détruit les microbes ne détruit pas toujours les toxines qui se sont développés entre le moment de la traite et de la stérilisation.

Une remarque sur la *suralimentation des enfants nourris au sein*. M. Marfan pose des règles pour l'allaitement. Jusqu'à cinq mois, l'enfant ne doit pas téter plus souvent que toute les deux heures et demie, avec un repos de cinq à six heures la nuit ; après six mois l'enfant tétera toutes les trois heures et le sein sera supprimé pendant la nuit.

Le premier mois les tétées doivent être de 60 à 80 grammes; le 2e et 3e mois 80 à 100 grammes; à 4 et 5 mois 120 à 130 grammes; du 6e au 9e mois 140 à 170 grammes et l'enfant commencera à manger seulement le 9e mois.

A ces règles, trop absolues, nous ferons certaines objections. Les nourrices et surtout les mères ne consentiront jamais à s'astreindre à ces règles; le plus souvent elles donnent le sein quand l'enfant crie, ne pèsent les tétées que lorsque l'enfant ne prend pas le poids qu'il doit prendre physiologiquement.

Une très longue expérience m'a appris que la suralimentation chez les enfants nourris au sein n'avait aucun inconvénient. Le nourrisson qui prend trop regurgite ce qu'il a pris de trop et n'en est jamais malade. Dans les deux premières semaines, il est préférable de donner à têter au moins toutes les trois heures *même la nuit*.

Fixer à neuf mois l'âge auquel il convient de donner à l'enfant une nourriture autre que le lait est une règle systématique, et sans raison physiologique. Ce n'est pas le nombre de mois qui doit servir à fixer l'âge où le lait ne suffit plus à la nourriture, mais l'évolution dentaire ; c'est habituellement quand les deux premières dents sont poussées qu'on doit ajouter au sein, des œufs, des panades, du tapioca au lait et autres potages analogues. C'est seulement dans les cas très exceptionnels où les dents n'ont pas commencé à percer à neuf mois qu'on peut prendre cette date pour commencer la nourriture en dehors du lait.

Le Dr Marfan proscrit avec raison le vin et la viande ; nous trouvons qu'il a tort de permettre le bouillon gras.

Pour en revenir à la question du rôle des microbes dans la pathogénie de la diarrhée des nourrissons, il nous

reste à exposer les opinions émises par Escherich et Vargas.

Escherich parle d'abord des fermentations microbiennes du lait avant qu'il soit administré à l'enfant, *fermentations exogénes*; ou celles qui se produisent dans l'intestin, *fermentations endogénes*.

En dehors de ces processus de fermentation, il existe, dit Escherich, des maladies de nature infectieuses comme la fièvre typhoïde. Ces maladies peuvent être produites par des bactéries banales et indépendamment de l'alimentation puisqu'elles peuvent sévir *chez l'enfant au sein*.

Le Dr Vargas reconnaît que la diarrhée des nourrissons peut être produit par des microbes saprophytes et, qu'à l'heure actuelle, on ne peut encore préciser si une forme spéciale d'infection peut être produit par un microbe particulier.

Si on veut bien se rappeler l'histoire de l'épidémie de diarrhée des nourrissons qui a sévi il y a quelques années et qui a produit une si grande mortalité (*Art Médical*, t. 87, p. 404), et surtout si on tient compte que des enfants nourris exclusivement avec du lait stérilisé et même au sein ont péri en grand nombre de cette diarrhée, on sera convaincu que les microbes rencontrés dans l'intestin des enfants atteints de diarrhée, loin d'être la cause de la maladie, constituent un des éléments de la lésion, ce qui explique leur différence et le rapport qui existe entre les espèces microbiennes et les diverses formes de la diarrhée infantile.

DU ROLE DES MICROBES DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il est acquis aujourd'hui qu'un grand nombre de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ne pré-

sentent jamais de microbes pathogènes capables de reproduire la maladie, et ayant des caractères qui permette de leur taire jouer un rôle dans l'étiologie du rhumatisme. D'autre part, dans des rhumatismes grave avec complications cardiaques ou encéphaliques, on a constaté la présence de plusieurs microbes pathogènes : en particulier le diplocoque décrit par MM. Coyon et Triboulet et le bacille d'Achalme.

M. Widal n'a pas trouvé plus que les autres le microbe spécifique du rhumatisme, mais il a observé dans la sérosité des arthrites des *leucocytes polynucléaires* très abondants ce qui, pour l'auteur, est la preuve d'une lutte contre des bacilles que, néanmoins, il n'a pu déceler.

Nous trouvons que ce sont là des déductions par trop libres, et peu respectueuses de la méthode expérimentale. Le rhumatisme est certainement une maladie spécifique ; il ne faut pas en conclure qu'elle soit infectieuse, ou qu'elle suppose l'existence d'un microbe ; on ne le trouve pas, pourquoi le supposer ?

Nous dirons : le rhumatisme articulaire aigu constitue une espèce morbide parfaitement définie ; jusqu'à présent on n'a pas trouvé son microbe, mais quand bien même il n'existerait point, cela ne ferait rien contre la qualité de maladie essentielle, spécifique, attribuée justement au rhumatisme articulaire aigu.

Nous bornerons là notre examen des doctrines exposées au Congrès pour terminer par les questions de thérapeutique.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU PYLORE ET DU DUODÉNUM PAR L'INGESTION D'HUILE D'OLIVE

M. P. Cohnheim (de Berlin). — Quand la dilatation de

l'estomac n'est pas due à un obstacle organique, mais à un simple spasme fonctionnel du pylore consécutif à un ulcère ou à une fissure orificielle, l'ingestion de grandes quantités d'huile d'olive (de 100 à 150 grammes par jour) amène une guérison rapide ou tout au moins une amélioration notable. Dans les cas de rétrécissement cicatriciel du pylore ou du duodénum avec dilatation stomacale consécutive, l'administration d'huile d'olive donne également de bons résultats ; vraisemblablement en vertu de l'action lubrifiante de l'huile, qui facilite le glissement du bol alimentaire le long des parois digestives. Les malades atteints de rétrécissement du pylore ou du duodénum avec gastro sucorrhée et spasme pylorique postcibique retirent également un grand bénéfice du traitement par l'huile d'olive. Celle-ci doit de préférence être prise (ou administrée par la sonde) à la dose de 50 centimètres cubes trois fois par jour, une heure avant le repas. On peut aussi donner l'huile à jeûn en une dose massive de 100 à 150 centimètres cubes par jour, à la température du corps. Ainsi administrée, l'huile d'olive est bien supportée ; elle ne provoque ni renvois, ni diarrhée, et les malades la prennent volontiers. Elle semble agir à la façon d'un narcotique. Son inefficacité contre les troubles gastriques de nature hystérique mérite d'être notée, car elle peut aider au diagnostic différentiel des lésions organiques de l'estomac d'avec les spasmes nerveux de cet organe. » (*Semaine médicale*, n° 33.)

M. Mathieu appuie l'opinion de M. Cohnheim en remarquant que l'huile d'olive diminue l'hyperchlorhydrie, et que cette exagération d'acidité est une des causes des symptômes spasmodiques et douloureux du pylore.

Traitement de la fièvre typhoïde par le sérum artificiel

Nous sommes loin de nier l'action favorable et énergique des injections de sérum artificiel, dans les cas où ces injections sont indiquées.

Nous avons démontré dans notre traité de *pathologie générale*, que l'action des injections de sérum antitoxique était nulle ; mais que ce mode de traitement était très efficace pour remonter les forces et pour arrêter les hémorrhagies. Dans cette dernière complication, l'action des injections de sérum est tout à fait comparable à celle obtenue par la transfusion du sang ; et il nous est arrivé d'arrêter les hémorrhagies les plus graves avec des injections de sérum artificiel de 500 et de 1.000 grammes. Nous recommanderons donc ce moyen comme extrêmement certain dans le traitement des hémorrhagies intestinales qui compliquent souvent la fièvre typhoïde.

Les injections de sérum comme traitement général de la fièvre typhoïde occupent le même rang que les bains froids ; ce sont des *médications palliatives* ; et nous ne pouvons approuver le Dr Bore de Montpellier, qui injecte chaque jours à des malades atteint de fièvre typhoïde 1 litre de sérum artificiel.

Traitement de la lithiase biliaire

Le traitement de cette affection a fait l'objet de rapports et de discussions importants au Congrès international de médecine. Comme on pouvait s'y attendre la théorie de l'infection par un microbe pathogène cause de la lithiase biliaire a été mise en bonne place. A la vérité, la démonstration a été un peu surfaite ; la reproduction de la lithiase biliaire chez les animaux par les injections de microbes,

n'est qu'une illusion ; et d'après Erhett (de Strasbourg) la vésicule biliaire se débarrasse rapidement des microbes qui sont injectés dans sa cavité ; par contre si l'on introduit dans la vésicule des corps parfaitement aseptiques, mais susceptibles d'entraver la contractilité de ce réservoir, la bile devenue stagnante est rapidement envahi par des microbes parmi lesquels domine le colibacille et par des concrétions biliaires.

En résumé la pathogénie de la lithiase biliaire se résume en ceci : inflammation catarrhale de la muqueuse des voies biliaire ; stagnation de la bile ; développement de micro-organismes et de concrétions biliaire. Mais n'oublions pas, car c'est là le point essentiel, que le premier mouvement du processus est le catarrhe des voies biliaires et qu'il a lui-même pour moteur et pour cause une maladie constitutionnelle, la goutte. Le rôle des microbes et de l'infection est donc ici bien secondaire. Aussi la thérapeutique de la lithiase biliaire est-elle, quant à l'hygiène et aux médicaments, la thérapeutique de la goutte.

Du régime des albuminuriques.

On peut dire que cette question est toujours à l'ordre du jour; et qu'en dehors du régime lacté exclusif dans les cas aiguës, le régime de l'albuminurie chronique est loin d'être fixé; aussi reproduisons-nous, en lui en laissant toute la responsabilité, la communication du docteur Robin, au Congrès de médecine.

« M. A. Robin (de Paris). — Il est connu que le même régime alimentaire ne convient pas à tous les brightiques, et que notamment l'usage exclusif du lait détermine chez certains d'entre eux une augmentation, au moins passagère, de l'albumine urinaire.

Mais il y a plus : des recherches ayant duré plusieurs années m'ont permis d'établir que le régime lacté exclusif diminue l'albuminurie toujours moins que le régime végétal, parfois même moins que l'usage de la viande seule. Dans tous les cas, l'alimentation lacto-végétale ou lacto-carnée s'est montrée préférable à l'usage exclusif du lait.

Voici maintenant comment je procède pour déterminer le régime qui convient le mieux à chaque malade :

Je commence par donner uniquement du lait, ce qui a pour effet d'augmenter d'abord le taux de l'albumine urinaire; puis celle-ci diminue et se maintient stationnaire; à ce moment, j'ajoute des légumes au régime; il se produit de nouvelles oscillations; j'attends qu'elles aient cessé pour permettre prudemment la viande, tout en continuant à donner du lait et des végétaux. Il m'est ainsi facile de voir lequel des trois régimes, lacté, lacto-végétal, lacto-végéto-carné, détermine l'abaissement le plus marquée de l'élimination d'albumine.

Il importait aussi d'être fixé sur la valeur propre de chaque aliment, au point de vue de l'albuminurie; les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet me permettent de conclure que le pain est sans effet sur le taux de l'albumine; le vin en détermine l'augmentation; parmi les viandes, le bœuf et le veau sont plus recommandables que le mouton ou le poulet; les poissons doivent être proscrits. (*Semaine Médicale*, p. 34.)

OPOTHÉRAPIE DU THYMUS DANS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE ET DU GOITRE EXOPHTALMIQUE.

« M. BLONDEL (de Paris). — On admet généralement que la chlorose relève d'une auto-intoxication, dans la pro-

duction de laquelle l'absence ou du moins l'insuffisance de la sécrétion interne de l'ovaire jouerait un rôle important. De là l'idée d'administrer des préparation d'ovaire contre cette affection. Or, des recherches antérieures m'ayant montré une analogie fonctionnelle à peu près absolue entre le thymus et les glandes génitales, j'ai été amené à employer, dans le traitement de la chlorose, l'opothérapie thymique au lieu de l'opothérapie ovarienne. Chez 15 malades ainsi traitées, j'ai vu survenir très rapidement, en quelques semaines, une amélioration sensible de l'état général, en même temps que l'appétit et le sommeil revenaient, que le teint se recolorait, que le nombre des hématies remontait notablement et que les palpitations et le souffle jugulaire disparaissaient.

J'ai repris, en outre, les recherches d'Owen sur l'administration du thymus dans la maladie de Basedow; je n'ai traité ainsi que 4 malades, avec des résultats très satisfaisants: en quelques semaines, j'ai vu la circonférence du cou diminuer de plusieurs centimètres, le pouls tomber de 120 ou 130 à 80, le tremblement s'atténuer, etc.

Enfin, chez 10 nourrissons à développement lent et imparfait, qu'il s'agît de nés avant terme ou de débiles congénitaux, l'opothérapie thymique a déterminé une élévation régulière de la courbe de poids, qui jusque-là était stationnaire ou même descendante.

Dans tous les cas, j'ai employé du ris d'agneau, beaucoup moins cher que le ris de veau. En outre, pour éviter le dégoût, j'ai eu l'idée de peptoniser le thymus par digestion artificielle; j'ai administré ainsi à mes malades de 1 à 2 grammes par jour de peptone de thymus; une peptone de viande ordinaire, donnée aux mêmes

sujets à doses équivalentes, ne produisait aucun effet appréciable. »

TRAITEMENT PAR LA THORACENTÈSE SIMPLE DE LA PLEURÉSIE PURULENTE A BACILLE D'EBERTH.

Cette communication fort intéressante du Dr Galliard a trait à une jeune fille qui, le quatorzième jour d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'une pleurésie aiguë avec liquide purulent contenant (comme c'est la loi) le bacille d'Eberth à l'état de pureté. 6 ponctions pratiquées successivement et à mesure que le liquide se reproduisait, amenèrent la guérison de l'épanchement sans qu'il ait été nécessaire de pratiquer l'empyème. C'est là un fait plein d'intérêt et d'où ressort un enseignement pratique des plus importants.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR L'USAGE DE LA VIANDE CRUE, par le Dr RICHET.

Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer, dans l'*Art Médical*, le nouveau traitement du Dr Richet. Nous tenons néanmoins à faire remarquer que le Dr Richet insiste sur ce point que les bons effets de la viande crue ne sont nullement dus à une suralimentation, mais aux éléments antitoxiques que contient la viande crue.

M. Chantemesse appuie fortement l'explication de M. Richet et il se fonde sur l'expérience suivante : deux chiens inoculés avec la même culture tuberculeuse reçoivent tous les deux la même quantité de viande. Celui qui la mange cuite a maigri d'une manière considérable et est resté constamment abattu, tandis que l'autre qui mange sa viande crue est alerte et très vigoureux.

Traitement de la péritonite tuberculeuse.

Il résulte de la communication de M. J. Teissier (de Paris) que l'air atmosphérique agit plus favorablement que tous les autres gaz sur la guérison de la péritonite tuberculeuse et c'est pour cela que la laparotomie est si souvent suivie de guérison dans cette maladie. Ce médecin conseille, dans les cas où on ne se déciderait pas à faire la laparotomie, de faire dans le péritoine des injections d'air atmosphérique.

De l'opothérapie hépatique dans le diabète

De ses dernières observations cliniques, le Dr Gilbert conclut que l'ingestion de la substance hépatique est indiquée dans le traitement du diabète seulement quand il y a urobilinurie et diminution considérable d'urée. Quand, au contraire, le foie est augmenté de volume et l'urée considérablement augmentée l'opothérapie est inutile ou même nuisible.

Traitement de la coqueluche par la belladone à dose toxique.

Nous disons *à dose toxique*, au lieu de *à très haute dose*, expression employée par l'auteur de la communication le Dr Gillet (de Paris) parce que « dix gouttes par année d'âge jusqu'à 8 ans répété toutes les trois heures » font pour un enfant de 8 ans *quatre-vingts gouttes par jour* de teinture de Belladone. De plus le Dr Gillet recommande au médecin d'indiquer sur son ordonnance les signes de saturation : « dilatation de la pupille, érythèmes, sécheresse des muqueuses » (*Indép. méd.*, p. 302), et dire qu'on peut guérir la coqueluche avec quelques gouttes de la 6e dilution de Drosera ou de Cochenille.

Nous n'hésitons pas à condamner absolument de semblables prescriptions et tous les médecins praticiens reconnaîtront qu'il est absolument imprudent de laisser des parents juges de la saturation d'un poison comme la Belladone.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

Une communication du Dr BALLOTA TAYLOR (de Santander) confirme les conclusions du mémoire que nous avons communiqué au dernier *Congrès sur la tuberculose* nous reproduisons ce passage du mémoire :

« La seule prophylaxie antituberculeuse théoriquement raisonnée et qui donne des résultats réellement efficaces dans la pratique est celle qui a pour base le développement de la vigueur physique de l'individu et le perfectionnement de ses conditions hygiéniques et sociales (*Indép. méd.*, p. 328).

ALCOOLISME DES ENFANTS EN NORMANDIE.

Nous croyons utile de rapporter *in extenso* la note du Dr RAOUL BRUNON (de Rouen). Si les Normands ajoutent aux théories malthusiennes, si en honneur chez eux, l'alcoolisme de la femme et de l'enfant, il en sera bientôt fait d'une des races les plus belles et les mieux douées.

« Nos documents ont été recueillis à la consultation de l'Hospice général de Rouen, depuis 1892, dans une enquête faite auprès des instituteurs du département de la Seine-Inférieure, et dans la clientèle.

Il faut distinguer l'alcoolisme des enfants pauvres et celui des riches. Chez les premiers, le café noir donné le matin a remplacé le lait et la soupe. Or, en Normandie, le café ne se prend pas sans eau-de-vie. Il en résulte que

l'alcoolisme est la conséquence d'un caféisme primitif.

Tous les enfants, sans exception, sont élevés avec du café. Parmi les enfants de dix à quinze ans, 75 p. 100 prennent de l'eau-de-vie en plus ou moins grande quantité.

La principale cause de cet usage de l'alcool est l'extension progressive de l'alcoolisme chez la femme, celui de l'enfant s'explique alors naturellement.

A la campagne, le privilège des bouilleurs de cru facilite l'empoisonnement de la famille entière.

Le caféisme et l'alcoolisme engendrent, chez l'enfant, une dyspepsie spéciale avec manifestations cutanées. Ils enlèvent aux enfants toute résistance aux maladies. Ils sont les promoteurs les plus actifs de la tuberculose. Ils expliquent l'effrayante mortalité infantile qui est de 33 p. 100 à Rouen.

Les adolescents font un usage plus franc de l'alcool (absinthe et apéritifs). Les cas d'ivresse manifeste et publique sont extrêmement fréquents. On ne les remarque même plus dans la rue du samedi soir au mardi matin.

Chez les riches, la dyspepsie infantile existe par usage des vins généreux et médicamenteux. L'usage prématuré et l'abus de la viande remplacent le caféisme des pauvres.

Les adolescents tendent, au contraire, à être sobres. L'abstinence fait parmi eux de nombreux prosélytes.

Un très grand danger menace les populations normandes : elles sont attaquées dans leur descendance.

L'Université a le devoir d'organiser la lutte contre l'alcool dans toutes les écoles de la France. Actuellement cette lutte est conduite mollement (*Indép. méd.*, p. 325).

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

M. Richardière a soigné à l'hôpital Trousseau 1.778 cas

de diphtérie, il résulte de cette statistique considérable que la mortalité totale a été de 11,5 pour 100, mais en en éliminant les cas où une opération a été nécessaire et où la mortalité a été de 27 pour 100, la mortalité des cas non opérés a été seulement de 5,5 pour 100 et ce résultat est dû à la sérumthérapie. La mortalité est due principalement aux complications de broncho-pneumonie.

Voici cette note toute entière, empruntée à l'*Indépendance Médicale*, p. 307.

REMARQUES SUR 1.778 CAS DE DIPHTÉRIE

M. H. Richardière a soigné à l'hôpital Trousseau 1.778 cas de diphtérie, dont le diagnostic clinique a été vérifié par l'examen bactériologique.

Ces 1.778 cas ont donné 280 morts, soit 15,7 pour 100. En retranchant de la statistique les enfants morts moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire, en réalité, les enfants non traités, la mortalité se trouve réduite à 205, soit 11,5 pour 100. Grâce à la sérothérapie, le pronostic de la diphtérie, lorsqu'elle ne nécessite pas l'opération sur le larynx, est devenu presque bénin. En effet, sur 1.115 cas de diphtérie, sans opération, il y a eu 61 morts, soit une mortalité de 5,5. Par contre, la mortalité des croups opérés reste élevée. Elle est de 27 pour 100.

Le traitement des 1.778 malades a consisté en injections de sérum de Roux (10 cc. jusqu'à un an ; 15 cc. de un à deux ans ; 20 cc. au-dessus de deux ans). Comme traitement local, on a fait des lavages de la gorge avec des solutions de permanganate de chaux à 1 pour 4.000. On s'est abstenu de tout badigeonnage et lavage, et de toute médication interne, dans les cas simples.

Il n'y a eu aucun accident grave imputable au sérum antitoxique.

Les accidents imputables au traitement ont surtout consisté dans les éruptions (198 cas). Ces éruptions ont été de cinq types (purs ou mélangés) : scarlatiniforme, urticarien, roséolique, purpurique, érythémateux polymorphe.

L'époque d'apparition de ces éruptions, après l'injection de sérum, a varié de deux à quinze jours. Les éruptions ont été accompagnées d'une élévation de température de un degré à un degré et demi, et presque constamment de diarrhée fétide, non persistante.

Comme autre accident sérique, on a noté des phénomènes articulaires dans quinze cas (le plus souvent arthralgiques, exceptionnellement inflammatoires).

Les deux principales causes de la mort ont été : la toxicité et la broncho-pneumonie. La toxicité d'emblée (toxicité primitive) semble encore actuellement rebelle à notre action thérapeutique. La toxicité secondaire peut être prévenue par la sérothérapie, faite en temps opportun. Caractérisée par le collapsus cardiaque, elle a été traitée quelquefois d'une manière efficace par le sulfate de spartéine et par les injections de sérum artificiel à doses massives. La bronchopneumonie est de beaucoup la cause de mort la plus fréquente. Le tubage en est rarement la cause. Elle est due, le plus souvent, à l'infection diphtérique compliquée d'infection secondaire. *Le traitement de la broncho-pneumonie est encore discutable. Dans trois séries de malades traités moitié les uns par les bains froids, les autres par les bains chauds, les troisièmes sans balnéation. le pourcentage de mortalité a été à peu près identique.*

Les complications de la diphtérie, assez fréquemment

observées, ont encore été les adénites sous-maxillaires suppurées, les otites (62 cas). On a encore observé : l'abcès du médiastin, l'œdème de la glotte, la gangrène du larynx, l'endocardite, la méningite cérébro-spinale suppurée, la pleurésie, l'ictère, l'éclampsie, la néphrite. Il y a eu 51 cas de paralysie, le plus souvent localisée au voile du palais, rarement généralisée. Dans deux cas, la paralysie à forme hémiplégique était due à une lésion du cerveau.

La diphtérie, survenant chez des enfants déjà malades d'une autre infection, a été particulièrement grave. C'est ainsi que sur 25 tuberculeux, 21 sont morts.

Au point de vue de l'examen bactériologique, ces 1.778 cas de diphtérie ont donné dans un quart des cas des bacilles dits moyens et courts. On a constaté dans les milieux de culture la présence, on peut dire constante, de streptocoques. *La présence simultanée des bacilles de Lœffler et des streptocoques n'a donc aucune signification pronostique.*

Nous avons souligné dans cette note deux passages sur lesquels nous voulons revenir.

C'est d'abord une question de *bactériologie*. A-t-on assez répété que ce qui rendait la diphtérie dangereuse c'était d'abord la longueur des bacilles de Lœffler et ensuite leur association au streptocoque. Or la conclusion de M. Richardière, basée sur 1.778 cas établissent que ces caractères bactériologiques n'ont aucune valeur pronostique.

Un point beaucoup plus important est la complication de broncho-pneumonie et sa grande mortalité. Mais ce qui attirera l'attention et la critique des cliniciens est le scepticisme qui semble maintenant présider à la thérapeu-

tique. Quoi vous traitez un tiers des malades par les bains froids et un autre tiers par les bains chauds ! Mais si les bains froids sont indiqués les bains chauds ne le sont point, et réciproquement, et que faites-vous de ce précepte traditionnel des indications positives ? précepte observé par tout médecin qui a une conscience éclairée de ses devoirs professionnels. Le médecin, entendez-moi bien, n'a point droit de vie et de mort sur les malades, son intervention n'est légitime que lorsqu'elle est justifiée par une indication et, dit Galien, l'indication est la *necessité évidente d'une action déterminée*. Or vous avez agi chez vos malades sans qu'il y eut nécessité évidente d'une action déterminée, puisque vous avez prescrit résolument et sans raison deux moyens aussi opposés que des bains froids et des bains chauds ; vous avez traité vos enfants malades comme des cobayes *et vous n'en avez pas le droit.*

Je ne voudrais pas que M. Richardière prit cette critique pour un reproche personnel. Et non. M. Richardière a été élevé comme cela, il n'est pas coupable, mais le coupable est cet enseignement fait de prejugés et de scepticisme qui règne à l'école de Paris.

Et maintenant cette école est en bonne posture pour railler Hahnemann, ce médecin qui avait à la fois et le respect du malade et la croyance dans la thérapeutique ; mais vous n'êtes pas dignes de dénouer les cordons de ses souliers.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Ostéopériostose hypertrophiante blennorrhagique de la diaphyse fémorale. — II. Pleurésies typhoïdiques. — III. Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par des cautérisations avec l'acide chromique en cristaux.

I

(*Séance du 27 juillet.*) — M. Ed. Hirtz vient d'observer une jeune femme de 19 ans, qui, au troisième mois d'un rhumatisme blennorrhagique, présenta une tuméfaction considérable des deux tiers inférieurs du fémur droit. Absolument indolente, cette tuméfaction se développa insidieusement et fut remarquée par hasard. L'os était plus que doublé de volume ; la consistance de cette tuméfaction, régulière et ovoïde, était telle qu'elle évoquait l'idée d'une hyperostose. La radiographie montre que la part de l'os était minime et qu'il s'agissait surtout d'une périostose hypertrophiante.

II

MM. F. Widal et P. Merklen font une communication sur les pleurésies typhoïdiques ; M. Widal en a observé onze cas dans la dernière épidémie. Ces observations et celles qui ont été publiées dans ces derniers temps montrent que les pleurésies à bacille d'Eberth, survenues au cours de la fièvre typhoïde, peuvent être séro-fibrineuses, purulentes ou hémorrhagiques ; que ces types peuvent se

transformer l'un dans l'autre, la sérofibrineuse en hémorrhagique, et l'hémorrhagique en purulente.

M. Widal ajoute que la pleurésie typhoïdique demande le plus souvent à être recherchée ; le fait seul que l'attention est appelée sur elle la fera plus souvent reconnaître. Cette pleurésie, très nettement caractérisée dans certains cas, n'a pas toujours l'autonomie clinique des autres épanchements pleuraux ; elle paraît souvent épisodique, et ses symptômes, à un examen superficiel, pourraient se confondre avec ceux de la localisation pulmonaire qui la commandent. Dans certains cas, la ponction exploratrice permet d'affirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

Il donne lecture de trois observations qui ont évolué suivant un type différent.

Dans les trois cas, la pleurésie a été précédée par des signes pulmonaires. Chez la malade de l'observation I, la maladie a débuté par une congestion pulmonaire intense et c'est pour une grippe qu'elle avait été soignée en ville ; la deuxième malade avait toussé dès le début de la fièvre typhoïde et avait présenté des signes de bronchite intense avec beaucoup de dyspnée. La malade de l'observation III se plaignait d'une petite toux sèche dix jours avant l'apparition des symptômes de pleurésie.

Cette constatation de symptômes pulmonaires pendant l'apparition de la pleurésie est la règle et se trouve dans toutes les observations antérieures.

Ce qui est frappant et remarquable, c'est la nature différente de l'épanchement dans chacune des observations.

Dans l'observation I, l'épanchement est de courte durée et le liquide ponctionné est toujours séro-fibrineux. Dans l'observation III, le liquide, hémorragique dès la première ponction, reste tel jusqu'à la fin de la maladie. La teinte

du liquide et sa richesse en globules varient le même jour suivant les régions de la plèvre ponctionnées, de sorte que l'on ne peut se défendre, dans ce cas, de l'idée d'une pleurésie hémorragique cloisonnée.

Chez le malade qui fait l'objet de l'observation II, une ponction faite à la région moyenne du thorax ramenait du pus contenant du bacille d'Eberth et une ponction faite le même jour à la base ramenait un liquide séro-fibrineux. Ce fait montre donc d'une façon indéniable que l'épanchement de la pleurésie typhoïdique peut être cloisonné. Avec le temps, chez cette malade, le liquide séro-fibrineux est devenu hémorragique, de sorte que, chez un même sujet, nous avons pu observer les trois variétés d'épanchement séro-fibrineux, hémorragique et purulent.

Chez cette malade, le foyer purulent s'est vidé par une vomique. Dans le pus expectoré on a pu isoler le bacille d'Eberth.

La pleurésie typhique comme la pleurésie tuberculeuse peut donc se présenter sous les trois formes séro-fibrineuse, hémorragique et purulente,

Les pleurésies hémorragiques semblent relativement fréquentes.

On a observé des faits analogues dans les observations déjà publiées ; dans plusieurs cas, le liquide hémorrhagique à la première ponction était devenu purulent à la seconde.

Il faut remarquer aussi les variations journalières dans les signes physiques.

Deux fois sur trois, l'épanchement est resté toujours très peu abondant. C'est avec peine que l'on retirait quelques centimètres cubes de liquide ; parfois même les

ponctions étaient blanches, alors qu'elles avaient été positives la veille ou quelques heures auparavant.

Dans un seul cas, on a pu faire une ponction de 250 centimètres cubes.

M. Widal fait encore remarquer que le liquide de l'épanchement chez la même malade (obs. I) était d'abord stérile, tandis que, deux jours après, il contenait des bacilles d'Eberth ; on ne pourrait donc pas conclure de l'absence du bacille à la nature non typhoïdique d'une pleurésie se développant dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Nous nous associons complètement aux observations de M. Siredey qui s'étonnait tout d'abord du grand nombre de pleurésies typhoïdiques observées par M. Widal en moins d'une année, tandis que lui-même. dans la même période de temps, n'en rencontrait que trois cas sur plus de cent cinquante typhoïdiques.

Il ne sait si les faits de ce genre méritent bien la qualification de pleurésies. Il s'agit plutôt d'une très légère transsudation de liquide dans la plèvre, au voisinage d'un poumon congestionné. Les signes physiques, l'évolution clinique sont surtout en rapport avec la congestion du poumon, si fréquente chez les typhoïdiques, et le suintement qui se produit dans la plèvre ne saurait être considéré comme une complication importante. N'observe-t-on pas des phénomènes analogues au voisinage de pneumonies, de congestions hypostatiques chez des cardiaques ou chez des rénaux ?

Nous ajouterons que toutes ces ponctions exploratrices sont plus du domaine de l'expérimentation et des recherches cliniques que de la thérapeutique véritable ; il n'y a pas là, en effet, indication véritable d'intervenir, mais

désir d'expériences qui peuvent se pratiquer à l'hôpital, mais qu'il serait difficile et même inutile de faire passer dans la pratique usuelle.

III

M. A. Siredey, suivant une indication de Magitot, qui avait autrefois préconisé l'usage de l'acide chromique en cristaux dans le traitement des stomatites accompagnant la pyorrhée alvéolaire, a toujours traité les stomatites ulcéreuses, quelle que soit leur cause, avec ce procédé, et en a toujours obtenu un bon résultat.

Il vient d'observer un cas très intéressant par la rapidité de la guérison.

Un homme de 23 ans fut pris vers le 19 juin dernier d'un mal de gorge accompagné de brûlure dans la bouche rendant l'alimentation très difficile. Il fut traité par un médecin qui lui ordonna un collutoire et un gargarisme sans résultat; il entra à l'hôpital Saint-Louis où il fut traité par le chlorate de potasse en lavages et à l'intérieur. Il ne put supporter ce traitement et finit par entrer à Saint-Antoine dans le service du Dr Siredey le 21 juillet, plus d'un mois après le début de son affection. A ce moment, on constate une stomatite à peu près généralisée, mais tandis que sur le côté droit de la bouche elle consiste en une simple rougeur avec léger gonflement des gencives, principalement au niveau de l'implantation des dents, les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus profondes du côté gauche.

Il existe à ce niveau un gonflement très marqué des gencives avec de petites érosions sur la face externe des deux mâchoires; ces érosions sont tapissées de membranes grisâtres de vilain aspect. En arrière de la de

nière molaire supérieure on voit une ulcération de l'étendue d'une pièce de 1 franc, également recouverte de fausses membranes. La région située en arrière de la dernière molaire inférieure est le siège d'altérations analogues.

Mais les accidents ne sont pas limités au bord alvéolaire de la mâchoire ; sur la voûte palatine et sur la face interne de la joue gauche, il existe de vastes ulcérations irrégulières, que recouvrent d'épaisses fausses membranes. Ces lésions ulcéro-membraneuses ont une étendue de 3 centimètres environ sur la joue, et en dedans elles se prolongent sur tout le palais jusqu'au niveau des dents incisives.

Toutes ces plaies sont le siège d'une cuisson vive et permanente qui s'exagère au contact des aliments et sous l'influence des efforts de mastication.

L'haleine est très fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

X... accuse en outre un certain malaise général, la température rectale atteint 38°3.

Les lavages à l'eau naphtolée, qui ont été faits depuis la veille au soir, n'ont pas sensiblement modifié la situation.

Le 21 juillet. On fait une cautérisation des surfaces malades avec l'acide chromique en cristaux.

Le soir même, la douleur et la fétidité de l'haleine ont sensiblement diminué. Les lésions qui, jusque-là, au dire du malade, ne cessaient pas de s'étendre, semblent s'arrêter. La température est descendue à 37°5, qu'elle ne dépasse plus.

Le malade put prendre son lait plus facilement.

Le lendemain, 22 juillet, les ulcérations du fond de la

bouche sont absolument transformées. Autour de la dernière molaire l'épithélium est tombé, laissant, en arrière et sur les côtés de l'arcade dentaire, de petites plaies de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, au fond rosé, bourgeonnant, de très bon aspect. Sur la joue, l'escarre persiste mais elle commence à se détacher.

Sur le bord gauche de la langue on observe une transformation analogue : au lieu de l'ulcération terne, grisâtre, on voit une petite plaie rosée, franchement bourgeonnante, en voie de réparation.

Seules les lésions situées à la partie antérieure de la bouche, au voisinage des incisives, sont peu modifiées; elles avaient d'ailleurs été cautérisées plus superficiellement.

Le 23 juillet, nouvelle cautérisation.

A partir du 24 juillet, la guérison progresse de plus en plus rapidement, le malade mange sans douleur.

Le 26 juillet au matin, un léger badigeonnage de teinture d'iode est fait sur les gencives au niveau de l'insertion des dents.

Le 27 juillet, le malade demande à quitter l'hôpital parce qu'il ne ressent plus la moindre gêne locale. Néanmoins, on l'engage à rester, car il existe en dedans de la canine gauche supérieure et des deux incisives du même côté de petites érosions de la largeur d'une lentille (1) et une autre érosion de même étendue à la face interne de la joue.

Le manuel opératoire est très simple, mais il exige

(1) Ces érosions ont été de nouveau cautérisées avec l'acide chromique cristallisé le 28 juillet, et le malade a quitté l'hôpital e jour même. Il est revenu depuis cette époque, complètement guéri.

une certaine précision si l'on veut éviter de laisser dans les culs-de-sac gingivaux ou sublingaux des cristaux d'acide chromique qui y détermineraient la formation d'escarres, ou dont l'absorption pourrait donner lieu à des phénomènes d'intoxication.

On prend un petit morceau de bois que l'on recouvre à son extrémité d'une très mince feuille d'ouate enroulée et bien serrée ; on charge ce petit pinceau sec de cristaux d'acide chromique, qui adhèrent suffisamment au coton (1) pour y former une couche presque continue, et on le passe sur une des ulcérations, en appuyant légèrement. Immédiatement après, on promène sur la surface cautérisée et dans les culs-de-sacs voisins un autre bâtonnet garni d'une couche d'ouate très épaisse et bien imbibée d'eau bouillie ; puis on recommande au malade de se rincer la bouche à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie simple ou additionnée d'une substance antiseptique. Une inspection minutieuse de la région permet de constater qu'il ne reste pas le moindre fragment d'acide chromique. On recommence ainsi pour chaque ulcération avec les mêmes précautions.

Ces cautérisations sont assez pénibles mais facilement supportables ; la douleur cesse d'ailleurs rapidement.

Aussitôt après l'opération, on voit la plus grande partie de la muqueuse buccale colorée en jaune par l'acide chromique. La coloration est plus foncée au niveau des points ulcérés. Dix ou douze heures plus tard, on peut reconnaître déjà des modifications appréciables des surfaces malades. L'haleine cesse d'être fétide, la muqueuse com-

(1) Ce coton ne doit pas être mouillé, contrairement à ce qu'ont dit, à tort, les journaux qui ont rendu compte de cette communication.

mence à desquamer, les fausses membranes se détachent facilement sous le forme de petits lambeaux, la bouche se nettoie et l'alimentation devient plus facile.

Dès le lendemain, dans la majorité des cas, le surlendemain au plus tard, la desquamation est complète et les ulcérations sont considérablement réduites. Celles qui persistent ont une coloration rosée, franche, et sont recouvertes de bourgeons charnus de très bonne apparence.

Si elles paraissent encore trop étendues, on peut renouveler la cautérisation au bout de quarante-huit heures. Il est rare qu'il soit nécessaire de répéter ces attouchements plus de trois fois ; la guérison est presque toujours complète et définitive en huit ou dix jours, sans aucune médication interne concomitante, sauf dans les cas de stomatite mercurielle, où on fait prendre concurremment aux malades 2 grammes de chlorate de potasse par jour.

Dr Marc Jousset

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Traitement du diabète sucré, par le Dr D'Elb Senior de Dresde (*Séance scientifique du 10 août de la réunion générale de la Société Centrale homœopathique d'Allemagne.*) — L'auteur étudie trois formes de la maladie : 1° les cas légers où l'abstinence des aliments hydro-carbonés suffit à supprimer le sucre ; 2° les cas d'intensité moyenne (de 10 à 18 gr.) où l'emploi modéré des albuminoïdes suffit encore à empêcher la production du sucre dans l'urine ; 3° les cas graves où rien ne peut diminuer la production du sucre. Dans les cas légers on permet, suivant la tolérance individuelle une quantité déterminée de pain ou d'aliment équivalent, et les albuminoïdes comme chez le sujet sain, on

remplace le manque d'hydro-carbonés par un supplément de corps gras.

Les cas moyens réclament la suppression des hydro-carbonés et des albuminoïdes et un supplément correspondant de graisses ; chez les cas graves, on est moins sévère en raison du peu d'espoir de guérison. Pour ménager le pouvoir d'assimilation du sucre que possède l'organisme, il faut chez les cas légers, toutes les deux ou trois semaines, interdire pour un jour absolument l'emploi des hydro-carbonés ; pour les cas moyens intercaler un jour d'alimentation de végétaux, permis au diabétique, et donner beaucoup de beurre, du lard, du jaune d'œuf, bouillon, thé, café, une bouteille de bon vin rouge, un ou deux verres de cognac. Si le sucre ne disparaît pas de l'urine, on fera suivre le jour de végétarisme par un jour d'huile — deux cuillerées mêlées à du cognac, du café noir, du bouillon, du lard séparé de fibres musculaires, de la choucroute et de l'alcool. Et, pendant ce jour-là — (qu'on n'intercalera que rarement au traitement ordinaire) — le sujet gardera le lit. Chez les sujets que l'hérédité prédispose au diabète, l'abstinence préventive des hydro-carbonés, du sucre, éloignera l'éclosion du diabète, et ménagera le pouvoir assimilateur pour le sucre. On devra aussi se garder de soumettre les sujets trop gras à un amaigrissement énergique, qui provoquerait l'apparition subite du sucre ; l'auteur n'a vu, d'après les travaux consciencieux de V. Noorden, les eaux minérales donner aucune diminution du sucre, quand il n'y a ni au foie ni à l'intestin rien d'anormal.

Bien que les progrès de l'asepsie aient notablenent diminué les insuccès opératoires des diabétiques, il vaut mieux préparer l'opération par un traitement anti-diabétique

quand elle n'est pas urgente. Le traitement donne des résultats durables et brillants ; un des meilleurs médicaments est l'Arsenic, qui s'adresse à la sècheresse de la bouche, la soif vive, amaigrissement, faiblesse générale, miction fréquente, abondante, disposition aux dermatites.

Le Dr Blake cite un cas où, deux ans de traitement arsenical à 0,2 millig. d'arsenic deux fois par jour produisirent la série des symptômes sus-indiqués, qui cessèrent au bout de huit jours de suspension du traitement.

Le Dr Jousset a eu des succès positifs avec l'Arsenic, dans les cas compliqués de furonculose et de gangrène. Un buveur que Granvogl craignait de voir mourir au bout de quelques heures, put, sous l'influence de ce médicament à dose croissante, reprendre ses occupations au bout de quelques mois. Stiegèle croit que l'Arsenic n'agit que comme tonique général, et attribue la diminution du sucre plutôt à Syzygium 3e D.

Le Dr Mitchell, de Chicago, dit que ce médicament donne chez les enfants diabétiques beaucoup de résultats.

L'auteur cite l'observation d'une de ses malades âgée de 53 ans, qui donnait par jour de 80 à 100 grammes de sucre ; il prescrivit Arsen. 3e D. sans changement de régime, et vit disparaître tous les symptômes de diabète qu'elle présentait ; elle vécut encore vingt-trois ans, sans que le sucre ait reparu dans ses urines, bien qu'elle en fît un usage notable.

Le Dr Proll et Goullon préconisent Kréosote chez les neurasthéniques déprimés, avec lourdeur des membres, mauvaise humeur, torpeur cérébrale et symptômes gastriques.

En Amérique, un malade de 35 ans, diabétique, fut traité par Ac. Carbol. 12e D et guérit à la fois du choléra

et d'une glycosurie antérieurement développée, il continua quelque temps Ac. Carbolique tantôt à la 6°, tantôt à la 12° D sans que le sucre ait reparu.

Les sels d'urane conviennent aux cas avec engourdissement des membres, grande soif, troubles de l'estomac et du foie. Un malade glycosurique grave, ne supportant pas l'abstinence des aliments hydro-carbonés (Dr Halbert), vit son état général s'améliorer et la glycosurie diminuer sous l'influence d'Uran. nitr. 3° D.

Hale recommande de ne pas donner ce médicament plus bas que la 3° D.

Les acides provoquent la glycosurie expérimentale chez les animaux, plutôt que chez l'homme.

L'Ac. phosphor. convient aux cas qui résultent de pertes des humeurs, surmenage intellectuel, diarrhée chronique, et le diabète pancréatique (Farrington).

Ac. lactiq. a dans sa pathogénésie grande faiblesse, fatigue au moindre effort, peau sèche, soif excessive, ùrination fréquente et abondante, urines sucrées, langue sèche, constipation, gastralgie.

Syzygium jamb. est très utile dans les cas avec prurit étendu. Dujardin-Baumetz a vu le diabète augmenter par des doses massives de ce médicament, malgré le régime convenable.

Curare a donné un succès (Bukhardt).

En Amérique un maçon de 36 ans a vu le sucre disparaître de ses urines sous l'influence d'Iris 2° D. et une observation suivie pendant dix mois, n'a pas permis d'en constater le retour.

A. terebenth. employée par Dodge sur malade atteint depuis trois ans de glycosurie grave que l'Arsen. et Syzygium n'avaient pas améliorée, malgré une diète sévère,

amena, alternée avec Arsen. 3e, une diminution rapide du sucre, amélioration de l'état général, et le sucre n'a plus reparu.

Coca a donné de bons résultats dans deux cas d'impuissance due au diabète sucré. Le sucre avait diminué par l'effet de l'Ac. phosphor. et d'Uran. nitr. sans que l'impuissance ait diminué, Coca 6e le fit disparaître.

Helonias dioïca a donné des succès, ainsi qu'Opium, Kali brom., Natr. sulf.

L'enquête sur l'appendicite dont le Dr Dammholtz a réuni les éléments porte sur 220 cas, donnant un total de 5 morts ou 2,3 p. 0/0; le nombre des récidives s'élève à 6,3 0/0. Entre 73 cas, le Dr Dammholtz a eu 8 enfants, ou 11 0/0, sans aucun cas motel.

Tels sont les heureux résultats du traitement homœopathique. De la discussion et des observations communiquées après ce rapport, il résulte que l'opium à dose pondérable est le médicament qui convient le plus pour arrêter les symptômes de l'appendicite.

Le Dr Wapler a réuni, depuis 1895, 46 cas de rhumatisme articulaire aigu. La moyenne de la durée de la fièvre fut de sept jours ; les malades commencèrent à laisser le lit au quatorzième jour la chambre au vingt-cinquième, et reprirent le travail au trentième. L'emploi du salicylate abrégea la période fébrile, mais pas la durée du mal et le traitement homœopathique donna peu de complications cardiaques. Les remèdes employé ont été: l'Acide benzoïque (urine nauséabonde et chargée), sueurs odorantes ; il employa en outre Bryonia, Natr. sulf., Apis, Ferrum

phosph., Nitrum, Aconit, Arsen. A l'exemple de Bähr on donne l'Ac. benzoïque par doses répétées et fortes, il donne de bons effets dans les complications cardiaques, dyspnée, congestions au poumon. Il est contre-indiqué dans les complications gastriques ; mais sans indications spéciales il est utile avec Bryone et Rhus contre les maladies du cœur.

A l'extérieur : suivant les sujets l'enveloppement avec linges mouillés et chauds, l'immobilisation, l'Icthyol à 10 p. 100 dans de la glycérine ; plus tard bains de vapeurs et massage.

Il y a eu complications cardiaque, *endocardite* une fois (Aconit. Ac. benzoïque, Arsenic) ; *pleurite* (Tart. emet., Arsen. jod.) ; *méningite suppurée*, puis un nombre de formes mixtes, compliquées parfois de gonorrhée 22 fois, sur 46, L'Iodure de potassium a donné, dans ces circonstances, de bons résultats.

Le Dr Lœser dit qu'un médicament bien choisi agit à hautes comme à basses puissances. Aux symptômes l'Ac. benzoïque il ajoute ; envahissement avec alternance des côtés pris ; sédiment rouge urinaire, adhérent au fond du vase, constipation avec spasmes, douleurs du dos, faiblesse à la région sacrée. V. Sick attribue à l'hydrothérapie une action efficace, dans la fièvre du rhumatisme, ainsi qu'aux bains.

Les cas sub aigus et récidivant en tirent aussi du sougement.

Schnuitgen a vu, dans les cas aigus, Ferrum phosph. et Kali. chlor. (3e, 5e tr.) bien réussir. Dans les cas sub aigus il est aussi pour l'hydrothérapie.

Sauer prétend que, dans les cas aigus, Veratr. vir. 2e atténue la fièvre, et prévient les complications cardiaques.

Greenfield rappelle les enveloppements humides et prolongés autour des membres et des jointures, préconisés par Winternitz.

(*Algem. homoop. Zeit.* Nos 11, 12, 13 et 14. Vol. 141.)

Dr Picard.

REVUE DES JOURNAUX RUSSES

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE

Editée sous la direction du Dr E. Ja. Dioukov.

Janvier, 1900, no 1. — Kharkov, 36, rue Iékaterinoslavskaia.

Tel est le titre d'une intéressante publication mensuelle, dont l'apparition en Russie est une nouveauté que nous saluons avec les sentiments de la plus encourageante et la plus sympathique confraternité.

Voilà le sommaire du numéro de janvier :

Notre programme. — Qu'est ce que nous défendons ? — Coup d'œil expérimental et clinique de pharmacie : *Apis.* — Homœopathie et allopathie; Tsynga : *Iodium.* — Tchouma : *Naja.* — Remarques cliniques : *le diabète.* — Traitement des déviations de l'épine dorsale, recommandé par Hahnemann. — Discussions sur l'homœopathie à l'Université de Kharkov. — Nouvelles sociétés.

Nous donnons ici un résumé du programme de cette Revue russe de l'homœopathie.

Les livraisons de février, mars et avril ait déjà paru.

Notre programme.

Depuis dix ans l'homœopathie attire de plus en plus l'attention du public et des médecins. L'ancienne indifférence pour la doctrine homœopathique a fait place à une attention de plus en plus active. Nous voyons chaque jour

s'ouvrir une nouvelle Société d'homœopathie, de nouvelles pharmacies ; le camp des allopathes s'émeut et formule des attaques plus vives, dans des revues, des articles, des conférences, contre l'homœopathie.

Il y a en réalité deux camps de médecins, les homœopathes et les allopathes. Les allopathes, obligés de se rendre à l'évidence, sont bien forcés de parler, dans leurs journaux et leurs revues, de l'école et des doctrines homœopathiques; mais ils en parlent d'une manière voilée et se gardent bien, dans leurs vagues critiques, de citer les faits positifs et concluants qui éclaireraient leurs lecteurs.

Le résultat de ce véritable système d'obstruction est de tenir le public et le monde médical dans l'ignorance absolue de la doctrime homœopathique. Les vieux errements, conservés non seulement dans les établissements sanitaires, mais encore dans le traitement des particuliers, ne peuvent être maintenus plus longtemps et il est temps de mettre en lumière les vérités de la médecine homœopathique, dans l'intérêt du public et de l'hygiène générale.

Dans ce but, nous sommes résolus, dans notre *Revue de médecine homœopathique*, à montrer les faits théoriques et pratiques que les allopathes ont tenu jusqu'ici à l'écart.

En premier lieu, nous énoncerons le principe d'Hahnemann dit : *la loi des semblables*, en comparant les grossières déductions de la médecine empirique avec les données précises et scientifiques de notre doctrine. En second lieu, nous exposerons la méthode de guérison d'Hahnemann, en commençant par *l'action de ses médicaments sur un corps sain*, pour constater ensuite l'action de ces mêmes substances sur un corps malade.

En troisième lieu, nous étudierons *les petites doses* et

nous montrerons leur action efficace et jamais préjudiciable.

Nous développerons ces trois points dans notre revue et nous tiendrons nos lecteurs russes et étrangers au courant des progrès en Russie du mouvement en faveur de la thérapeutique homœopathique. W.

REVUE DES JOURNAUX

UN CAS D'OCCLUSION INTESTINALE

Traité et guéri par la strychnine à haute dose.

V... (Jean), cinquante-six ans. — Antécédents personnels : Il y a une vingtaine d'années, il fut atteint d'une entérite violente qui dura deux mois ; il avait joui d'une bonne santé antérieurement.

Depuis un an, le malade était devenu jaunâtre, se sentait fatigué ; il lui semblait qu'on lui avait administré de grands coups de bâton dans les jambes. Il y a trois mois environ, à la suite d'une trop grande ingestion de cerises avec leur noyau, le cours des matières fécales fut interrompu. Les selles se rétablirent au bout de deux jours et peu à peu se régularisèrent. L'embarras avait duré une quinzaine de jours. Depuis lors, le malade avait trois selles dans la journée, molles, glaireuses, surtout celle du matin qui contenait fréquemment un peu de sang.

Malgré cela, l'appétit était conservé. Cet état persista jusque vers le 1er septembre. Le 31 août, à midi, V... fit encore un assez bon repas ; le soir il ne mangea guère selon son habitude. Le 1er septembre il déjeuna à onze heures, pas de très bon appétit ; le soir, vers cinq heures,

il vomit son déjeuner. Le ventre devint douloureux subitement. La douleur siégeait dans tout l'abdomen, mais plus intense du côté droit, à quinze centimètres environ au-dessous des fausses côtes; elle n'était pas continue, mais présentait quelques rémittences pendant lesquelles le malade avait un peu de repos, puis reprenait avec toute son acuité. Le hoquet apparut le même soir, ainsi que les vomissements dont la fréquence augmenta et qui, de verdâtres, devinrent fécaloïdes. La dernière selle avait eu lieu le 31 août vers dix heures du matin, et à partir de ce moment il n'y eut même plus de gaz rendus par l'anus. La douleur fut de plus en plus violente.

Nous vîmes le malade le lundi soir 3 septembre à neuf heures. Le facies était grippé, les yeux excavés, le pouls filiforme à 140, la température voisine de 37 degrés. La langue était sèche et jaunâtre, le hoquet ne laissait aucun repos au malade, les vomissements étaient fécaloïdes depuis la veille. Le malade même était incommodé par l'odeur du liquide qu'il rejetait. En deux jours, il s'était considérablement amaigri. Le ventre était ballonné, surtout dans le haut, dans la région sus-ombilicale. On sentait sous la paroi les anses intestinales distendues par les gaz. Nous avons déjà dit que le ventre était douloureux dans son ensemble. Les membres et le corps étaient couverts de quelques placards psoriasiformes.

Le malade avait déjà absorbé force lavements et une bouteille d'Hunyadi Janos.

Nous nous trouvions manifestement en présence d'une occlusion intestinale. La situation du malade nous commandait d'agir rapidement, sans nous arrêter au diagnostic de la cause, temporisant encore un peu avant de tenter une intervention chirurgicale. Nous instituâmes le

traitement suivant : 1° grands bains prolongés à 32 degrés, grands lavements d'eau bouillie à 25 degrés, avec une sonde n° 20, eau froide en boisson.

2° Chaque demi-heure, jusqu'à nouvel ordre, une des pilules suivantes :

Arséniate de strychnine. . . .	*āā*	0,005 miligr.
Extrait de belladone.		
Extrait de cannabis indica.		0,02 centigr.

4 septembre matin. Le lendemain matin, vers sept heures, nous revîmes notre malade. Le ballonnement du ventre avait augmenté et cependant l'état général était plus satisfaisant que la veille au soir. V... se sentait moins fatigué; le pouls était à 120, le hoquet un peu moins fréquent, les vomissements plus rares. Il a pris, dans la nuit, un bain où il a pu rester une heure et demie, et douze pilules.

Soir. La journée a été meilleure, pouls 120, temp. 37°5. Le malade a pris un bain et deux ou trois lavements, il n'y a pas eu encore de gaz ni de selles, malgré 50 grammes d'huile de ricin, donnés dans la matinée; plus de vomissements, encore du hoquet; une pilule chaque deux heures.

5 septembre matin Pouls à 110; plus de vomissements, ventre ballonné, hoquet persistant, je donne moi-même un lavement, et, après une demi-heure, une selle se produit au moment où nous quittions la maison du malade.

Soir. Dans la journée, les selles ont été nombreuses, le malade a rendu une grande quantité de matières fécales; le ventre est beaucoup moins ballonné, le pouls est à 100, plus de hoquet, plus de vomissements.

Depuis ce moment, dans les jours qui ont suivi, les selles ont été très molles, sanguinolentes; le ventre est

encore douloureux, il persiste du tympanisme, surtout dans la fosse iliaque droite. La langue est sale. Il y a une éruption de clous sur l'abdomen et sur la fesse droite. Il est sorti un bourrelet hémorroïdaire énorme et très douloureux.

Régime : jusqu'à nouvel ordre lait et bouillon; deux cachets composés de magnésie calcinée et rhubarbe par parties égales, pour assurer la liberté du ventre et la régularité des selles.

Si nous donnons cette observation, banale en soi, c'est à cause du traitement qui a été employé et de la dose énorme de strychnine que le malade a absorbée, sans en éprouver d'intoxication. Et cependant M. Paul Delbet dit dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 6 septembre) que la strychnine à la dose de 10 centigrammes est un poison mortel.

Dans notre cas, V... en a pris 10 centigrammes dans les premières vingt-quatre heures et 10 centigrammes dans les quarante-huit heures qui ont suivi, c'est-à-dire 20 centigrammes en trois jours.

Selon la méthode usitée pour le traitement des affections abdominales, nous avons formulé le médicament par doses fractionnées et continues jusqu'à l'effet que nous voulions obtenir, c'est-à-dire le rétablissement du cours des matières fécales. La strychnine nous a paru s'imposer pour combattre la paralysie intestinale réflexe qui suit toutes sortes d'étranglements. Nous avons ajouté la belladone et le cannabis indica pour combattre l'élément douleur, sans pour cela nuire en aucune façon au bon fonctionnement de l'intestin, la belladone n'empêchant pas les mouvements péristaltiques puisqu'elle conserve leur contractilité aux muscles lisses. Le chanvre

indien agit de même, tout en donnant un peu d'excitation cérébrale.

Nous n'avons pas voulu nous servir de l'opium qui, s'il calme la douleur, ne fait qu'exagérer la paralysie intestinale que nous avions comme objectif.

Le résultat obtenu nous est un encouragement pour l'avenir, et en présence d'une occlusion intestinale, nous emploierons le même traitement. Ici l'occlusion intestinale était formelle. A quelle cause devions-nous la rattacher? Les antécédents du malade, son entérite chronique, la douleur plus vive de l'hypocondre droit devaient nous faire penser que l'obstacle siégeait au niveau du côlon ascendant. Le tympanisme trouvé, après la disparition de l'occlusion à ce même endroit, le démontrent également alors que le ballonnement n'existait plus dans le reste de l'abdomen. Il est donc probable que c'était de l'invagination.

Pour conclure, nous engageons vivement nos confrères à ne plus redouter la strychnine comme on nous l'a enseigné à l'école. Les malades la supportent très bien. Nous ne pensons pas que cette tolérance soit spéciale au milieu dans lequel nous exerçons.

Quand ils seront familiarisés avec l'administration de la strychnine, les médecins seront absolument étonnés des doses qu'ils arriveront à employer. Dans tous les cas, maniée avec prudence et à doses progressives, ils n'ont aucun accident à craindre, mais seulement de bons effets à espérer.

C'est ce que nous nous sommes proposé de faire ressortir par cette note (Dr Pujol, *Gazette des hôpitaux*, 27 sept.).

Trois cas d'anémie pernicieuse essentielle dans une même famille, dont un guéri par l'ingestion de moelle osseuse.

L'auteur relate trois cas d'anémie pernicieuse dite essentielle remarquables en ce qu'ils sont apparus chez les membres d'une famille de paysans (composée du père, de la mère, de deux fils et de deux filles) vivant dans de bonnes conditions hygiéniques et indemnes de tout antécédent morbide. Une autre particularité intéressante, c'est que l'ingestion de moelle osseuse, essayée dans un de ces cas, amena la guérison de l'anémie pernicieuse essentielle, affection réputée incurable, tandis que les deux autres malades, traités par les préparations ferrugineuses et arsenicales ainsi que par les antiseptiques intestinaux, ont succombé.

C'est le père, âgé de quarante-cinq ans, qui fut atteint le premier d'une anémie pernicieuse à évolution subchronique. Un an après, la même affection se montra sous la forme subaiguë chez une des filles, âgée de vingt et un ans. Enfin, quelques mois plus tard, un fils de vingt-sept ans devint à son tour la proie d'une anémie pernicieuse aiguë à laquelle il succomba au bout de huit mois. Le père est mort ensuite, après trente mois de maladie.

Les trois patients ont présenté au complet le syndrome de l'anémie pernicieuse. L'urine ne contenait pas d'albumine ni de sucre, mais elle renfermait de l'indican en grande quantité. Le sang avait l'aspect de lavure de viande et les hématies étaient très pauvres en hémoglobine.

Chez le père et le fils, la mort survint par insuffisance

cardiaque et l'autopsie donna, au point de vue des lésions viscérales, le résultat négatif qui est propre à l'anémie pernicieuse essentielle.

Quant à la fille, elle était déjà presque mourante quand on s'avisa, après insuccès complet de tous les autres moyens thérapeutiques, y compris les injections sous-cutanées de fer, d'instituer chez elle le traitement par la moelle osseuse. On lui fit prendre chaque matin à jeun 10 grammes de moelle osseuse rouge de bœuf (extraite de l'extrémité vertébrale des côtes), divisés en 15 à 20 petits bols. En outre, on lui administrait, dans le courant de la journée, un bouillon préparé avec des corps vertébraux de veau, broyés et additionnés de moelle osseuse jaune. On continuait en même temps à pratiquer, tous les deux jours, une injection sous-cutanée de citrate ou de pyrophosphate de fer.

L'amélioration fut rapide, et, au bout de trois mois de traitement, la patiente pouvait être considérée comme guérie. Elle avait le tient et l'aspect d'une personne saine, bon appétit, bon sommeil et un taux d'hémoglobine presque normal. On ne constatait plus trace d'asthénie, de dyspnée, de tachycardie, de pulsations des carotides ni de fièvre. Reste à savoir s'il s'agit ici d'une guérison réelle ou seulement apparente et pouvant être suivie de récidive.

Quoi qu'il en soit, l'auteur se croit autorisé à conclure de cette dernière observation que l'anémie pernicieuse est une affection essentiellement myélogène, due à un défaut de sécrétion interne ayant sa source dans la moelle osseuse et justiciable de l'ingestion de moelle rouge des os. (V. Caccini, *Semaine médicale*, 10 oct.)

Un cas d'empoisonnement par le sulfonal

Une jeune fille anémique et nerveuse de dix-sept ans, souffrant de névralgie, avait pris en une fois 3 grammes de sulfonal, puis 1 gramme à 11 heures du matin, 1 gramme à 2 heures de l'après-midi, et 1 gramme à 3 heures.

Elle commença bientôt à être assoupie et dormit deux heures. En se réveillant, elle avait des nausées, elle titubait en marchant. L'état s'aggrava ; quand Gillett la vit, elle avait les yeux fermés, avec des soubresauts musculaises. Il y avait 48 respirations superficielles, mais par moments quelques-unes plus profondes. Les extrémités étaient froides, le pouls était faible à 58. Les pupilles étaient légèrement dilatées, réagissaient lentement à la lumière et le réflexe cornéen manquait. Il y avait des hallucinations visuelles et du délire violent. On donna de la strychnine et de l'alcool en injection sous-cutanée. L'état s'améliora, la malade mangea, mais elle n'eut ni selles, ni urine. Vers le soir, le délire étant revenu, on donna de l'huile de croton, et de l'hyoscine sous la peau. Elle commença à uriner trente-six heures après le début des accidents ; il n'y avait pas d'albumine. La guérison fut complète. (Gillett, *Revue générale de pathologie interne*, 5 nov. 1899.)

Un cas d'hématoporphynurie due au sulfonal.

Une femme de 54 ans, traitée pour une affection mentale dépressive, ayant un peu d'albumine, un léger œdème malléolaire, fut prise d'un état d'agitation, alors que l'état général s'améliorait. On lui donna du sulfonal à la dose de 1 gramme le soir. L'agitation diminua. Puis on aug-

menta la dose pendant trois semaines à 0 gr. 75 matin et soir, puis on redescendit à 0 gr. 50 pendant quinze jours. Le traitement fut institué en août, et en janvier apparut l'hématoporphynurie. La malade mourut le 29 janvier. La coloration anormale de l'urine disparut huit jours avant la mort.

A l'autopsie, on trouvait un foie graisseux, deux infarctus de la rate qui avait de la dégénérescence graisseuse. Les deux reins étaient atteints de néphrite interstitielle avec des kystes. Il y avait de la dégénérescence graisseuse des cellules corticales.

Il y eut d'abord dans cet empoisonnement des signes gastriques aigus : vomissements, épigastralgie. Puis vinrent des signes de paralysie progressive des jambes, ensuite des bras. L'urine montrait au microscope de rares globules rouges désorganisés, et au spectroscope de l'hématoporphyrine. La température monta vers la fin de la maladie. La respiration prit le type Cheyne-Stokes.

L'auteur conclut qu'on ne doit jamais donner le sulfonal pendant longtemps. Les mêmes phénomènes furent observés en 1894 dans un cas d'Oswald. On devra, avant de donner le sulfonal, s'assurer de l'état des reins (HOTCHKIS. *Revue générale de pathologie interne*, 5 nov. 1899).

TROUBLES MENTAUX CONSÉCUTIFS A L'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE.

On sait que l'ingestion de produits thyroïdiens à doses excessives est susceptible d'amener des accidents graves, voire même mortels, par suite de collapsus cardiaque, et que, dans d'autres cas, elle peut provoquer des symptômes basedowiens, tels que tremblements, palpitations et tuméfaction du corps thyroïde, avec ou sans exophtalmie.

Or, comme le montrent deux faits récents, observés l'un par M. le Dr E. Boinet, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Marseille, et l'autre par M. le Dr C. Ferrarini, médecin de l'asile d'aliénés de Lucques, l'hyperthyroïdisation médicamenteuse peut être aussi une cause de troubles psychiques aigus.

Dans le premier de ces cas il s'agissait d'un jeune homme, atteint de dermatite généralisée exfoliatrice, contre laquelle M. Boinet conseilla l'opothérapie thyroïdienne. Le malade, au lieu de s'en tenir aux doses prescrites, ingéra jusqu'à dix corps thyroïdes de mouton par jour et présenta bientôt des troubles psychiques caractérisés par du délire de persécution avec confusion mentale et accompagnés de tremblement des mains, de palpitations et d'augmentation notable du volume de la glande thyroïde. Tous ces accidents se dissipèrent après que le patient eut cessé l'ingestion de substance thyroïdienne.

Quant au fait observé par M. Ferrarini, il se rapporte à une femme obèse d'une trentaine d'années qui, après avoir ingéré pendant quelque temps et quotidiennement, dans le but de maigrir, jusqu'à huit tablettes contenant chacune 0 gr.25 centigr. d'extrait thyroïdien, commença à offrir aussi de la confusion mentale avec agitation motrice et sensations angoissantes, troubles qui disparurent dès que la médication opothérapique fut supprimée. Chez cette malade les symptômes basedowiens associés aux phénomènes psychiques étaient moins nets que dans le cas précédent et se réduisaient à du tremblement avec augmentation de la fréquence du pouls.

(*Semaine médicale* 13 déc. 1899).

BIBLIOGRAPHIE

DE L'INFLUENCE DES MALADIES DES FOSSES NASALES SUR LES AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES

Par le Dr Lucien de Milly.

Les spécialistes ont, de par le fait même de leur spécialisation, une tendance instinctive à ne voir que la lésion de l'organe qu'ils soignent, sans se préoccuper des tenants et des aboutissants qui, presque toujours cependant existent à côté, soit comme manifestation locale, soit comme affection générale. C'est là un tort qui, pour être fort commun, n'en est pas moins très fâcheux aussi bien en théorie qu'en pratique; aussi faut-il applaudir aux incursions des spécialistes dans les questions qui, tout d'abord ne semblent pas être de leur domaine.

La thèse inaugurale du Dr Lucien de Milly, sur *l'influence des maladies des fosses nasales sur les affections des voies lacrymales* est un travail sérieux, qui s'appuie sur des observations nombreuses et détaillées, et nous engageons vivement nos confrères à la lire, persuadé qu'elle les intéressera d'abord, et qu'elle leur facilitera ensuite le traitement des maladies qu'ils auront à soigner du côté des voies lacrymales.

Après une description anatomique non pas complète (ce qui serait inutile et fastidieux), mais très suffisante pour comprendre la transmission des accidents nasaux à la région lacrymale, le Dr de Milly étudie la pathogénie des affections des voies lacrymales.

Celles-ci, dues le plus souvent à un rétrécissement du canal lacrymo-nasal, déterminent peu à peu une stagnation des larmes dans le sac, stagnation qui a pour effet

d'altérer ces dernières et d'en faire, suivant une expression très juste, un merveilleux bouillon de culture par les micro-organismes qui, détruisant à leur tour la muqueuse nasale, amènent successivement l'épiphora, le mucocèle, la dacryocystite, la fistule lacrymale et enfin la péricystite sur laquelle notre excellent confrère et ami le Dr Parinaud a écrit de remarquables articles.

Le Dr de Milly passe alors successivement en revue les différentes modalités d'obstruction qui peuvent se produire dans le sac lacrymal et le canal nasal. Les premières, développées dans la lumière du canal sont, ou des corps étrangers ou des tumeurs; les secondes, développées dans les parois du canal, siègent ou bien *dans la muqueuse* (rhinite aiguë ou chronique, polypes et papillomes des fosses nasales, atrophie simple de la pituitaire, déviation de la cloison et ozène) — ou bien dans la *paroi osseuse* (ostéomes, tuberculose locale, ou lésions syphilitiques).

Ajoutons enfin à ces causes différentes d'obstruction *l'imperforation* du canal nasal du nouveau-né.

Vient ensuite un chapitre, consacré aux obstructions lacrymales dont la cause première est une *affection siégeant en dehors de la paroi* (tumeurs malignes et sinusite).

Dans une deuxième partie que je considère comme de beaucoup la plus importante pour le médecin, le Dr de Milly étudie les affections des voies lacrymales qui ont leur cause essentielle dans une infection microbienne ascendante des fosses nasales dans le canal et le sac lacrymal.

L'infection peut être due : 1° au *pneumocoque* et dans ce cas se manifeste souvent dès les premiers jours de la vie; 2e au *lupus tuberculeux* ; 3e au *rhinosclérome* et 4° à l'*ozène*.

Chacune de ces origines est étudiée séparément et d'une façon suffisamment complète, En outre, des observations

détaillées permettent de se rendre un compte exact de la filiation des unes aux autres.

Nous ne pouvons mieux faire que de terminer en citant le dernier paragraphe des conclusions de l'auteur :

« En présence d'une affection lacrymale résistant à un traitement simple, le médecin doit toujours rechercher si elle n'a pas une origine nasale, car dans le cas d'obstruction nasale mécanique, le traitement méthodique de cette affection assurera la guérison dans la majorité des cas. Dans le cas d'infection microbienne ou d'affection maligne, le diagnostic sera éclairé d'une vive lumière et un traitement efficace pourra être institué. »

D[r] Daniel Parenteau.

Traitement des ulcères de jambes par la compression et l'appareil silicaté.

La thèse inaugurale du D[r] Joseph Regnault (1), dont nous rendons compte aujourd'hui est un travail très intéressant et qui fait espérer que ce jeune confrère continuera les heureuses traditions paternelles et sera comme lui un praticien sagace et instruit.

Après avoir rappelé dans un premier chapitre l'étiologie et l'anatomie pathologique des ulcères des jambes, M. Regnault arrive au traitement qu'il décrit en détail, en s'attachant surtout aux méthodes de compression qui permettent la marche et le travail et qui, par conséquent, sont plus intéressantes pour ceux qui ont besoin de gagner leur existence.

Les ulcères des jambes guérissent souvent assez vite par le repos absolu au lit, mais cette méthode n'est pas aussi à la portée des travailleurs.

(1) Jules Rousset, Paris, 1900.

Après avoir passé en revue les diverses méthodes d'occlusion et de compression (bandelettes de diachylon de Baynton ; bande de caoutchouc de H. Martin, plaques métalliques du Dr Ascornet). M. Régnault arrive au traitement qui fait le sujet de sa thèse et qui a été préconisé pour la première fois par M. Desplats (1).

Voici en quoi consiste ce pansement :

« On commence d'abord par nettoyer tout le membre à fond, en faisant sur toute la jambe et le pied une lotion à l'eau chaude et au savon, au moyen d'une brosse douce; on nettoie de la même façon la plaie ; toutefois, il est inutile de provoquer sur celle-ci des excoriations et des hémorragies. On lave le membre le mieux qu'on le peut, sans avoir la prétention d'obtenir une asepsie absolue.

« Pour avoir celle-ci, il faudrait enlever presque toute la couche superficielle de l'ulcère, imprégnée de microbes divers.

« Après cette lotion au savon aussi complète que possible, on lave de nouveau le membre avec une solution chaude de sublimé au millième; le membre est alors propre, sinon aseptique.

« On remplit alors tout le creux formé par l'ulcère de poudre d'iodoforme; toutefois, quand la plaie est très large, il est bon de se souvenir que l'iodoforme employé en grande quantité à plus d'une fois produit des accidents, quelquefois même des accidents mortels. On doit donc adopter ici la règle pratique indiquée autrefois par Verneuil et ne jamais dépasser la dose de 5 grammes d'iodoforme pulvérisé pour un pansement. Comme, d'ailleurs, ce produit est d'une odeur aussi tenace que désagréable, on peut parfaitement le remplacer par une poudre telle que

(1) *Journal des sciences médicales de Lille* (1887).

la poudre d'aristol dépourvue de tout danger et de toute odeur; on peut encore le remplacer, soit par le sous-nitrate de bismuth ou par une pommade antiseptique, ou bien encore par l'amyloforme.

« Ce lavage très soigné du membre au savon et au sublimé, l'application de poudre d'iodoforme, d'aristol ou de traumatol établissent une asepsie non pas peut-être absolument rigoureuse, mais cependant suffisante, comme le démontre l'expérience et la marche de l'ulcère sous ce pansement. Certains chirurgiens sont allés plus loin et ont tenu à détruire absolument tous les microbes à la surface de la plaie. » Les moyens qu'ils emploient sont le raclement des bourgeons charnus, qui est très douloureux et pourrait amener des accidents de généralisation tuberculeuse, l'action sur l'ulcère du sublimé à l'état naissant, action très douloureuse et pouvant faire craindre une intoxication si la plaie est étendue.

« Une fois la plaie ainsi préparée, on place sur l'ulcère et sur la partie du membre avoisinante une petite épaisseur d'ouate hydrophile aseptique, puis commençant par le pied, on enroule successivement autour du pied et de la jambe une ou deux couches d'ouate ordinaire divisée par larges bandes de dix doigts environ, cette ouate doit être assez épaisse.

« On fixe cette couche d'ouate en enroulant *très fortement* autour d'elle une bande de gaze ou de toile très fine dite « toile à beurre » qui diminue beaucoup le volume apparent du membre et exerce sur la plaie une compression assez forte mais élastique et toujours facilement supportée.

« Il ne reste plus qu'à recouvrir le tout d'une bande silicatée qui assurera l'immobilité de l'appareil et la fixité du bandage.

« La dessiccation doit être surveillée ; on n'oubliera pas que le malade doit dès le lendemain pouvoir se servir de son membre et marcher. Il faut, pour qu'il le puisse faire, que pendant que le silicate sèche, le pied soit maintenu dans la position nécessaire pour favoriser la marche, c'est-à-dire qu'il fasse avec la direction de la jambe un angle parfaitement droit. Le chirurgien obtient facilement ce résultat en faisant mettre le malade assis sur une chaise, position qu'il peut conserver longtemps sans fatigue et en le plaçant lui-même dans la position convenable que le patient devra garder jusqu'à ce que le bandage soit sec. »

Dès que le bandage est bien sec, le malade peut marcher, se promener, travailler. Le plus souvent on laisse l'appareil en place pendant vingt-cinq jours. Quelquefois on peut être obligé de le renouveler au bout de quelques jours parce qu'il exhale une mauvaise odeur ou que le malade se plaint de souffrir ; dans ce cas c'est presque toujours parce que l'appareil a été mal appliqué, soit qu'on y ait mis trop peu d'ouate, soit qu'il ait été insuffisamment serré.

« Lorsqu'au bout de vingt-cinq jours environ, le pansement est renouvelé, on trouve, en général, la surface malade profondément modifiée ; sa guérison peut être complète, si l'ulcère était de petite dimension ; dans le cas contraire, on réapplique le bandage de la même façon que la première fois, mais sans nouveau lavage, on se contente d'essuyer légèrement la surface ulcérée avec un peu d'ouate hydrophile aseptique et de renouveler la poudre d'aristol ou d'iodoforme. Ce second bandage suffit presque toujours. »

Voici les avantages de ce traitement :

Il est simple et peu coûteux pour le malade ; il permet la marche facile et immédiate et il guérit très vite. Il agit probablement aussi bien parce qu'il protège la plaie contre toutes les causes traumatiques qui pourraient l'irriter, par la compression qu'il exerce et parce qu'il a l'avantage des pansements secs et rares.

M. Regnault conseille aussi de faire un traitement interne et il recommande particulièrement l'iodure de potassium qui a été préconisée par Trastour (de Nantes), à la dose de 1, 2 et 3 grammes par jour ; l'ergotine et l'hamamelis, lorsqu'il existe des varices.

Il conseille aussi l'emploi externe de l'hydrastis canadensis au 20e en compresses.

L'Hamamelis et l'Hydrastis ont été introduit par les homœopathes dans la « thérapeutique ordinaire », suivant l'expression de M. Regnault, comme un assez grand nombre de nos médicaments.

Un autre, Clematis vitalba, mériterait d'être introduit aussi dans la cure des ulcères des jambes; les applications externes de ce médicament en teinture délayée dans l'eau et son usage interne nous a donné de bons résultats; nous serions assez disposés de combiner son emploi avec l'appareil que nous a décrit M. Regnault et nous pensons que les malades s'en trouveraient bien.

Dr MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

La 68e réunion générale de la Société centrale homœopathique allemande a eu lieu les 9 et 10 août à Dresde, et le désir général, le loyal effort des membres, les discussions par leur impartialité, leur élévation scientifique, leur tendance pratique à contribuer à la prospérité de l'homœopathie ont eu un plein succès, que le rédacteur de l'*Allg. homœp. Zeitung* s'empresse de communiquer d'un cœur léger à ses lecteurs.

Aux 36 membres présents se sont joint 15 nouveaux admis.

La séance scientifique a eu lieu le 10 août, elle a été remplie par la communication du Dr Elb de Dresde sur le traitement du diabète sucré, le rapport du Dr Dammholt de Berlin sur les résultats d'une enquête faite auprès des praticiens sur l'appendicite, et celui du Dr Wapler sur le rhumatisme articulaire aigu. (Voir au compte rendu.)

***

La réunion d'automne des médecins suisses et sud-allemands a eu lieu à Constance les 29 et 30 septembre. On annonce une communication sur la Pathogénésie de la tuberculine de Kock 30e C. par le Dr Nebel d'Ebnat. Nous en donnerons un résumé quand le compte rendu des séances nous sera parvenu.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1900

NOSOLOGIE

PATHOGÉNIE DE L'APPENDICITE

Un nouveau travail dans l'*Echo Médical* de Lyon (15 octobre) est pour nous l'occasion de reprendre une troisième fois dans notre journal la question si passionnément controversée de la genèse de l'appendicite.

En somme trois hypothèses partagent l'esprit des médecins sur cette question :

1° Théorie du vase clos; 2° théorie du corps étranger 3° théorie de l'infection, que nous préférerions appeler théorie de l'inflammation folliculaire de l'appendice.

I. — *Théorie de la cavité close et du corps étranger.* — C'est celle qui a fait le plus de tapage, grâce à l'éclat que lui a donné les discussions de M. le professeur Dieulafoy.

Dans cette théorie l'appendicite suppose toujours l'oblitération du canal appendiculaire, la virulence du colibacille exalté par son emprisonnement dans la cavité appendiculaire, traverse les parois de cet organe; il infecte, et intoxique non seulement le péritoine et le foie, mais l'organisme tout entier.

Cette théorie, défendue avec un grand talent par son auteur le professeur Dieulafoy, repose sur quelques expériences mal interprétées, mais est complètement renversée par des expériences bien faites et surtout par les faits cliniques.

1° *Preuves expérimentales.* – Voici d'abord les expérience de Roger et de Josué.

« 1re *expérience.* — Ligature de l'appendice et injection simultanée dans sa cavité d'une culture de coli-bacille. Deux morts, l'une en dix-sept jours, l'autre en douze jours. Dans les deux cas, l'appendice était transformé en poche purulente et adhérent aux anses voisines.

2e *expérience.* — Ligature simple. La plupart des animaux survivent ainsi indéfiniment, et l'on est dans la nécessité de les sacrifier.

3e *expérience.* — Simple rétrécissement du conduit. On n'obtient aucun résultat.

4e *expérience.* — Introduction d'une boulette de cire dans le canal appendiculaire. Au bout de quinze jours, on trouve un appendice normal et le corps étranger avait disparu. »

De ces expériences il résulte très clairement que la ligature simple du canal appendiculaire, que son obturation par une boulette de cire ou son simple rétrécissement ne produisent jamais l'appendicite. Que pour que cette affection se produise, il faut joindre à la ligature du canal l'injection d'une culture de coli-bacille dans la cavité appendiculaire. Etudions maintenant les expériences de Baspa.

« 1° La ligature simple ne donne rien et on est dans la nécessité de sacrifier les animaux.

2° Rétrécissement simple. Dilatation ampullaire de l'appendice au-dessous.

3° Introduction d'un corps étranger. Quatre expériences. Le corps étranger peut agir par le traumatisme qu'il crée. Ordinairement il est expulsé.

4° Infection appendiculaire avec traumatisme. Dix expériences. Presque toujours on a de la péritonite.

5° Infection intra-appendiculaire seule. Trois expériences négatives.

6° Infection sanguine avec ou sans traumatisme. Trois expériences. Les résultats sont positifs si le traumatisme est joint à l'infection.

7° Troubles circulatoires de l'appendice avec ou sans infection. S'il y a infection, il y a appendicite.

8° Flexion et torsion de l'appendice. Deux expériences négatives.

9° Entéro-colite expérimentale et lésions appendiculaires concomitantes. Six expériences nettement positives.

10° Infection intra-pariétale. Quatre expériences positives.

11° Infection expérimentale de l'appendice chez des sujets atteints d'entéro-colite. Huit expériences, huit résultats positifs. »

Il résulte de ces onze expériences que le rétrécissement simple du canal, l'introduction d'un corps étranger, la flexion et la torsion de l'appendice ne produisent pas l'appendicite et qu'au contraire cette inflammation se produit presque à coup sûr quand on ajoute à la cavité close l'infection avec traumatisme, l'entéro colite expérimentale avec traumatisme ou infection de l'appendice.

Je rappellerai encore les expériences Klecki (*Annales*

de Pasteur. Tome IX, page 728) que M. Dieulafoy a eu le tort de mal interpréter; Klecki n'explique pas l'exaltation du bacillus coli par le phénomène de l'occlusion, mais bien par l'inflammation des parois.

Voici ces expériences.

Klecki a fait dix expériences. Dans les deux premières, l'opérateur, après avoir produit l'étranglement de l'intestin, fit la ligature supplémentaire des vaisseaux mésentériques, de manière à produire l'anémie des parois intestinales. Dans ces deux cas la virulence du microbe retiré de l'anse étranglée était un peu inférieure à celle du même microbe retiré de l'anse même à l'état normal. Mais dans les huit autres cas où on n'avait pas pratiqué, la ligature des vaisseaux, il existait un état inflammatoire de la paroi de l'anse étranglée et la virulence du bacille était exaltée; donc ce n'est pas la cavité close qui exalte le bacille, mais l'inflammation des parois.

M. Dieulafoy a présenté, en faveur de sa théorie, des expériences fort bien conduites et qui font illusion; ces expériences ont été communiquées à la Société des hôpitaux a la date du 27 novembre 1898.

De ces expériences il résulte que si on prend le liquide contenu dans l'appendice enflammé il est très riche en bacillus coli et en toxines, tandis que le liquide puisé dans le canal appendiculaire en dehors de l'oblitération serait absolument stérile.

Ces expérimentations ne prouvent: qu'une chose c'est que la virulence d'un produit morbide peut être limitée à son foyer, mais n'explique point la formation de ce même foyer.

L'expérimentation sur les animaux démontre donc que l'oblitération du canal appendiculaire par ligature,

torsion ou corps étranger ne suffit point à produire une appendicite, mais qu'il est nécessaire pour arriver à produire cette affection de faire intervenir soit un traumatisme, soit une injection infectieuse dans la cavité appendiculaire.

2° *Preuves cliniques.* — Les faits qui établissent la fausseté de la théorie de la cavité close sont de deux ordres : les uns contiennent des observations d'appendicite avec la conservation de la cavité du canal appendiculaire, les autres ont trait à des cas d'oblitération complète du canal appendiculaire avec intégrité absolue de l'appendice :

a Les faits d'appendicite avec opération ou autopsies et la non oblitération du canal appendiculaire sont très nombreux.

Roux, de Lausanne, au Congrès de chirurgie de Lyon, 1894, dit qu'il a trouvé l'appendice perméable dans 73 p. 100 des cas. Weis et Février citent 95 cas d'appendicite et constatent que la non oblitération est fréquente. Ribert donna 400 observations: dans 75 p. 100 des cas la perméabilité du canal existe (*Echo de Lyon*, page 297).

MM. Poncet et Jaboulay, sur 15 cas d'appendicite opérés et dans lesquels un examen minutieux a été accompli, cinq fois, l'appendice était rectiligne, sans déformation d'aucune sorte, indemne de toute flexion et de tout rétrécissement; il communiquait avec le cœcum et l'on ne trouvait dans sa cavité aucun corps étranger (*Gazette hebdomadaire*, 1897). M. le professeur Poncet conclut ainsi « que la théorie du vase clos, si brillamment défendue par M. le professeur Dieulafoy, est loin de répondre à la réalité des observations. »

Mlle Gordon montre que la théorie de la cavité close

n'est pas applicable à l'enfant. Sur un grand nombre de cas une seule fois on eu a à faire à une oblitération sans calcul (*Loco citato*, page 291).

M. le professeur Giraud a opéré en 1898, à la Charité, 8 cas d'appendicite chez les enfants et jamais l'appendice ne constituait une cavité close (page 292). Damoy cite 7 observations et ne trouve que deux oblitérations.

b Voici maintenant la démonstration clinique de l'innocuité de l'oblitération du canal appendiculaire. La thèse de Lafforgue contient l'examen d'un grand nombre d'appendices dont le canal appendiculaire était oblitéré ou obstrué par les calculs fécaux et qui ne présentait aucun signe d'inflammation.

Il me semble inutile de poursuivre plus longtemps cette argumentation; l'expérience sur les animaux et les observations cliniques se réunissent pour démontrer qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre l'oblitération du canal appendiculaire et l'appendicite. J'ajoute que les faits cliniques démontrent également l'inanité de la théorie qui a attribué aux corps étrangers de l'appendice et de son canal un rôle prépondérant dans le développement de l'appendicite. Les derniers faits que nous venons de citer appuient notre opinion, j'en ajouterais d'autres puisés dans le travail de M. Giraud, de Lyon.

Gabuloff, de Moscou, affirme qu'on trouve souvent des calculs stércoraux dans les appendices sains et, d'après Von Renvers, ces calculs n'existeraient que dans 40 p. 100 des cas.

Roux de Lausanne, déjà cité, élimine complètement les corps étrangers de l'étiologie de l'appendicite.

Mlle Von Mayer dit que quand il y avait des calculs, c'était dans les appendices normaux.

D'après Roger et Josué le corps étranger de l'appendice ne détermine pas l'accident et pour eux la lithiase appendiculaire serait la conséquence et non la cause de l'appendicite. « Ce n'est pas le calcul qui, par sa présence, détermine l'inflammation des parois. Bien au contraire, c'est parce que ces parois sont primitivement atteintes qu'elles emprisonnent le calcul, et c'est leur sécrétion alors exagérée qui vient coopéré à l'accroissement du corps étranger par l'addition de couches concentriques » (page 291).

Il peut être utile de faire remarquer ici que la lithiase appendiculaire est soumise, comme la lithiase biliaire, à l'état inflammatoire de la muqueuse qui joue le rôle principal dans cet accident.

II. — *Théorie de l'infection.* — Nous voilà donc débarrassés des théories mécaniques sur l'appendicite. Le corps étranger, pas plus que l'oblitération du canal appendiculaire, ne peut être considéré comme la cause vraie de l'appendicite, puisque l'appendicite existe souvent en dehors de ces deux conditions et que l'oblitération du canal comme les corps étrangers se rencontrent nombre de fois avec des appendices absolument sains. Il n'y a donc plus lieu à discussion et si les médecins, au lieu de professer un culte platonique pour la méthode expérimentale, se laissaient conduire par cette méthode, jamais plus il ne devrait être question ni du vase clos ni de l'oblitération du canal appendiculaire par un corps étranger.

Mais voici une troisième théorie qui se montre. Elle est dans le courant de l'opinion, aussi est-elle généralement acceptée, je veux parler de la théorie de l'infection. Qu'entend on par ce mot infection ; c'est que dans l'appendicite on rencontre constamment des bacilles

devenus pathogènes. Le bacillum coli d'abord, le streptocoque, le staphylocoque, puis le bacille pyocyanique; souvent le bacillum coli est seul et quoiqu'on en ait dit les appendicites qui l'accompagnent peuvent être aussi graves que celles dans lesquelles on rencontre les associations bacillaires les plus variées. Ici, comme dans la diphtérie, l'association bacillaire n'est point, comme on l'a cru longtemps, un signe de pronostic fâcheux.

Ainsi donc, dans toute appendicite il existe des bacilles; ces bacilles, de leur nature saprophytes et inoffensifs, sont devenus pathogènes. Mais sont-ils la cause de l'appendicite ou bien l'appendicite est-elle la cause de la virulence? L'inflammation de la membrane muqueuse a-t-elle produit la multiplication et a-t-elle rendu pathogène ces bacilles jusqu'alors inoffensifs? Car enfin si on doit écarter l'explication de la cavité close et du corps étranger, nous n'avons plus pour comprendre le processus morbide que l'inflammation de la muqueuse appendiculaire. Alors cette inflammation serait-elle le *primum movens*, pour me servir d'une expression qu'on prodigue sans la comprendre?

La pathogénie de l'appendicite comprend encore un élément qu'il est impossible de négliger. Il y a vingt-cinq ans l'appendicite était une maladie fort rare, même en portant à son compte tous les cas de typhlites, de péri-typhlites et de péritonites localisées; aujourd'hui l'appendicite est une maladie fréquente. J'ai dit que la fréquence de l'appendicite devait être attribuée à la grippe.

En résumé, avec une cavité close ou libre, avec ou sans corps étranger, l'appendicite est constituée essentiellement par l'inflammation de sa membrane muqueuse, par la multiplication et l'exaltation de virulence des bacilles

qui sont ses hôtes inoffensifs habituels. Voilà le fait clinique qu'il est inutile d'obscurcir par des théories et des hypothèses. Maintenant que faut-il pour qu'une appendicite se produise? *Il faut un terrain*, comme l'a dit le docteur Giraud. Il faut une *prédisposition définie* comme nous le disons dans notre école. C'est là le véritable *primum movens*, puisque ce mot est à la mode, sans prédisposition définie, point d'appendicite. Un dernier mot. Pourquoi en cette fin de siècle les appendicites sont-elles devenues si nombreuses?

J'ai déjà fait remarquer que la mastoïdite suppurée comme l'appendicite était autrefois une affection très rare, et qui est devenue aujourd'hui une affection extrêmement fréquente. J'ai pensé et j'ai dit, il y a déjà longtemps, que la fréquence de ces deux affections se rattachait à la grippe. Ai-je raison?...

Dr P. Jousset.

ÉTIOLOGIE

LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES BOVIDÉS

Parmi les objections élevées contre l'opinion de la non contagion de la tuberculose, chez l'homme, en dehors des procédés de laboratoires, celle qui fait le plus d'impression et qui semble le mieux assise est tirée de la contagion de la tuberculose chez les Bovidés.

C'est une opinion courante, et j'ajoute incontestée jusqu'à ce jour, qui considère l'introduction d'une vache tuberculeuse dans une étable comme une cause de tuberculose pour les animaux de même espèce stabulés avec

elle. Bien plus, d'après l'opinion de tous les vétérinaires, l'écurie ainsi infectée devient une cause de tuberculose pour tous les bovidés qui y séjourneront et cette condition de la transmission de la tuberculose cesse le jour où après avoir éloigné les bêtes malades, on aura désinfecté à fond les locaux contaminés.

Il me semble qu'il y a là une succession de faits qui rend bien difficile de nier la transmission de la tuberculose entre bovidés par cette cohabitation intime qui résulte de la stabulation d'un grand nombre d'animaux dans un même local. Mais si dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de nier la contagion de la tuberculose entre bovidés, peut-on conclure de ce fait à la contagion dans l'espèce humaine?

Nous le nions absolument.

Et d'abord il est illogique de conclure d'une espèce animale à une autre, d'un bovidé à un homme. Ne savons-nous pas que chaque animal pâtit suivant sa nature? Et l'expérience des laboratoires a confirmé cette grande loi d'étiologie générale en nous montrant chaque espèce animale réagissant d'une manière qui lui est propre vis à-vis chaque microbe pathogène.

Faut-il rappeler ici les effets différents produits par une même cause, l'inoculation sous-cutanée d'une culture tuberculeuse à la cuisse d'un cobaye, d'un lapin ou d'un chien. Le cobaye devenant fatalement tuberculeux et localisant son produit morbide en premier lieu dans les ganglions lymphatiques et la rate; le lapin devenant ou ne devenant pas tuberculeux, et présentant sa première lésion dans le poumon; et le chien se bornant le plus souvent à élaborer une lésion locale plus ou moins intense au lieu de l'inoculation.

La conclusion rigoureuse qui découle de ces faits est celle-ci : Les défenses de l'organisme contre la tuberculose varient avec les espèces animales. Si donc la tuberculose est contagieuse chez les bovidés, c'est qu'ils ne sont pas aussi bien défendus que l'homme contre l'invasion du bacille de Koch. J'ajoute que les conditions d'existence des bovidés stabulés ne sont pas les mêmes que les conditions d'existence de l'homme en société.

Dans les étables les bovidés manquent d'espace et surtout de lumière, cet agent microbicide par excellence; les auges où ils boivent sont communes. Leur litière, habituellement fort épaisse, imprégnée d'urine et de fiente, constitue une condition d'autant plus défavorable que les bovidés tuberculeux qui déglutissent leurs crachats présentent souvent des excréments riches en bacilles de Koch. Si vous ajoutez que les bovidés ont quelquefois l'habitude de lécher les murailles de l'étable, quelquefois d'avaler du crottin, vous trouverez de nombreuses portes d'entrée pour la tuberculose.

Je remarque cependant que tous ces moyens de transmission concernent la tuberculose intestinale et que, dans les trois quarts des cas, les bovidés sont atteints de phtisie pulmonaire; cependant il serait difficile ici d'invoquer les poussières desséchées des produits tuberculeux sur des litières toujours humides.

Nous voulons faire remarquer ici que les bovidés qui passent leur vie dans les prés été comme hiver sans être jamais stabulés, quelques-uns ayant pour refuge pendant le mauvais temps des hangars ouverts à tous les vents, que ces bovidés, dis-je, ne sont jamais frappés de tuberculose et cependant il est constant que dans ces grands troupeaux il s'introduit de temps à autre des individus

tuberculeux. Mais la conditon de la vie au grand air empêche la contagion en même temps qu'elle améliore l'état des malades.

Nous dirons en terminant qu'on ne peut conclure de la contagion de la tuberculose chez les bovidés à la contagion dans l'espèce humaine, à cause de la différence des espèces et aussi à cause de la différence des conditions d'existence.

D[r] P. Jousset.

La non contagion de la tuberculose

L'idée de la contagion de la tuberculose comme la cause la plus réelle et la plus fréquente de la propagation de cette maladie est tellement entrée dans l'opinion médicale courante que nous croyons devoir rapporter tout ce que nous pouvons relever dans la presse contemporaine contre cette manière de voir.

Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* (1) dans un article intitulé : *Que faut-il penser des sanatoria*, les passages suivants :

On a parfois reproché aux sanatoria de constituer un centre d'infection pour les malades eux-mêmes, pour les infirmiers et le voisinage. Or, des recherches nombreuses ont montré que cette objection était sans valeur. Au cours de ses visites dans les sanatoria, M. Knopf (2) n'a pu relever qu'un seul cas où une infirmière est devenue tuberculeuse. Encore faut-il ajouter que cette jeune fille avait déjà perdu par la phtisie un membre de sa famille, et qu'elle était

(1) 29 mai 1900.

(2) Kpnof. *Les sanatoria* p. 129 et 199. Paris, Carré et Naud, 1900.

peut-être contaminée avant d'entrer au sanatorium. A Falkenstein, pendant une période de dix ans, 225 personnes ont séjourné au sanatorium pour tenir compagnie aux malades : beaucoup d'entre elles ont passé six mois et plus dans l'établissement avec leurs amis malades. Dans aucun cas, on n'a observé d'infection tuberculeuse. Il est tel autre sanatorium où, depuis dix ans, aucun des nombreux employés de l'établissement n'a été atteint de phtisie pulmonaire. Au Brompton-hospital à Londres (hôpital spécialement destiné aux tuberculeux), le Dr Williams n'a noté, pendant de longues années, que 3 ou 4 cas de contagion parmi le personnel de l'hôpital. On peut donc affirmer que, dans un sanatorium bien tenu, il y a peu de danger pour les infirmiers, les médecins et autres membres de cet établissement.

Les craintes d'infection du voisinage sont tout aussi illusoires. A Gœbersdorf, où existent trois grands sanatoria ayant hébergé plus de 25.000 tuberculeux depuis quarante ans, la mortalité des habitants du village n'a jamais dépassé la moyenne ordinaire. Il en est de même à Falkenstein, où la mortalité par tuberculose, qui était de 18,9 p. 100 avant la création du sanatorium, est maintenant de 11,9 p. 100. Les sanatoria ne sont donc nullement dangereux pour les villages voisins.

Pour l'auteur, ces faits montrent seulement que, dans les sanatoria, la contagion n'existe pas à cause des grandes précautions prises ; pour nous, nous voyons dans ces faits un argument contre la contagion.

Dr Marc Jousset.

LES ACCOUCHEURS ET LES THÉORIES MICROBIENNES

Sous ce titre : « Infection de la cavité utérine pendant les suites de couches », le Dr Edmond Wormser, premier assistant de la clinique obstétricale de Bâle, vient de publier, dans la *Semaine Médicale* (n° 46), un long travail qui est l'occasion de cette présente note :

Retenons d'abord qu'il est acquis que la cavité utérine est absolument stérile durant la grossesse et l'accouchement, que cet état aseptique persiste plus ou moins longtemps, jusqu'au onzième jour après l'accouchement, suivant notre auteur, qu'à ce moment dans 80 0[0 des cas, la cavité utérine contient des microbes. Or la question agitée parmi les accoucheurs de l'école allemande est de savoir d'où viennent ces germes et quel est leur rôle.

Nous dirons tout à l'heure quel effort d'imagination et quelles laborieuses recherches ont été institués pour expliquer un fait bien simple. Et c'est précisément parce que le rôle du microbe pathogène dans la fièvre puerpérale est des plus simples, qu'il nous paraît préférable de l'exposer avant de nous engager dans la discussion de théories, qui ne peuvent qu'obscurcir cette question de pathogénie.

La cavité utérine, avons-nous dit, est absolument aseptique, elle l'est encore après l'accouchement, seulement une condition nouvelle s'est produite. Elle porte une large plaie déterminée par le décollement du placenta.

La femme, après son accouchement, est absolument comparable à une opérée.

Dans les deux cas existe une large plaie. Quelles sont les conditions pour que l'une contracte ou ne contracte

pas la fièvre puerpérale et l'autre la fièvre purulente, ce qui est tout un ?

Pour que l'opérée ne présente aucun accident de pyohémie, il faut que l'opération soit complètement aseptique et pour que la femme en couche n'éprouve ni fièvre, ni accidents puerpéraux, il faut une asepsie complète, avant, pendant et après l'accouchement.

D'où viennent les streptocoques qui infectent la plaie dans l'un et l'autre cas. De la surface cutanée, des mains de l'opérateur ou de ses instruments. Et quiconque a fait une culture microbienne sait que la fissure n'a pas besoin d'être bien grande pour que le microbe pathogène passe et soit l'occasion et l'instrument des accidents les plus graves. Voilà toute la question, tant dans sa partie doctrinale que dans ses applications pratiques. Si l'asepsie est complète, avant, pendant et après l'accouchement, la fièvre puerpérale ne se développera pas. Que nous importent alors toutes les théories sur l'auto-infection que nous expose, sans les partager du reste, le Dr Wormser.

Parce que les théories sur l'auto-infection sont à la mode, ce n'est pas une raison pour en parler à tort et à travers. Ainsi M. Ahlfeld, le promoteur le plus ardent de l'auto-infection « désigne sous ce nom, toute infection due à des microbes pathogènes parvenus dans les organes génitaux de la femme, avant, pendant ou après, le travail soit spontanément, soit à l'aide du doigt ou d'un instrument aseptiques » (page 383). Comment peut-on appeler auto-infection une infection venue du dehors sous forme de microbes apportés par le doigt de l'accoucheur !

Kocher et Tavel posent la question autrement. Pour eux l'auto-infection se résume ainsi : Existe-t il dans le canal génital de la femme ou dans la peau des régions

voisines des microbes à l'état de saprophytes capables de produire une infection puerpérale qui alors surviendrait par auto-infection.

Si on veut me permettre de rendre cette idée avec la clarté propre à la langue française je dirai : Dans un grand nombre de maladies infectieuses, et peut être dans toutes, les microbes pathogènes existent dans l'organisme à l'état de saprophytes et ils deviennent pathogènes, rendent l'organisme malade et déterminent une maladie particulière par le concours de causes occasionnelles déterminées, et surtout d'un état de l'organisme que nous appelons prédisposition définie et que vous appelez habituellement le *terrain*.

Nous disions plus haut, qu'avec une asepsie bien faite, il n'y a point de fièvre puerpérale, et nous ajoutons cette proposition, en apparence paradoxale, et qui, cependant, est l'expression de faits cliniques nombreux : Avec une asepsie mal faite et même sans aucune mesure d'asepsie, les suites de couches peuvent évoluer normalement et sans aucune fièvre. Je vais plus loin, le streptocoque ne suffit pas à déterminer la fièvre puerpérale chez l'accouchée; et pour établir cette vérité, il n'était pas nécessaire que Menge et Kronig se déshonorent comme hommes et comme médecins en déposant dans le cul-de-sac vaginal d'une femme enceinte et bien portante une culture pure de streptocoques. Heureusement pour la femme et les expérimentateurs, l'organisme détruisit le microbe pathogène.

Ces expériences coupables n'étaient pas nécessaires puisqu'un certain nombre de médecins ont trouvé dans le mucus vaginal de femmes enceintes ou accouchées, mais bien portantes, le coccus en chaînettes qui caractérise le streptocoque.

Nous conclurons, comme notre auteur, qu'il y a streptocoques et streptocoques; que très certainement ce microbe ne suffit pas à développer la fièvre puerpérale sans le concours des causes occasionnelles et de la prédisposition; et enfin pour le diagnostic comme pour le pronostic, l'observation clinique reste, jusqu'à nouvel ordre, seule capable de nous fournir un critérium.

Dr WAGNER.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

IODISME

Le Dr Gaston Lyon a publié sur l'iodisme (1), un article très complet et qui peut être pour les homœopathes très précieux en leur permettant de préciser les indications de l'iode et des iodures dans un certain nombre d'affections où ces médicaments, employés à doses faibles et d'après notre méthode thérapeutique, doivent produire de bons résultats.

SYMPTÔMES DE LA PEAU. — M. Besnier a divisé les « iodurides » en deux catégories (*Ann. de derm.*, t. VI, p. 537, 1885) :

La première comprend à peu près exclusivement une épidermatite superficielle papuleuse ou papulo-pustuleuse, se produisant sur tous les points du tégument, subaiguë, résolutive, uniforme ; c'est l'acné iodique ou éruption iodurique commune.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 juillet 1899.

A la deuxième catégorie se rattachent des lésions variées : érythèmes simples, ortiés, nodulaires sinon noueux, marginés, circinés, bulleux, hémorragiques, épidermatites ou dermatites acnéiformes, furonculeuses, anthracoïdes, nodulaires, résolutives ou nécrobiotiques.

On peut, en somme, observer toutes les variétés de dermatoses, sauf les éruptions squameuses ; l'iode détermine des dermatoses érythémateuses, papuleuses pures, papulo-pustuleuses, vésiculeuses, bulleuses, purpuriques, végétantes, papillomateuses; on peut également observer sous l'influence de l'iodisme des gangrènes cutanées, des œdèmes.

Très rare, la forme *érythémateuse* se manifeste par des placards rouges, pouvant simuler les plaques de l'érysipèle et habituellement localisés à la face et aux membres supérieurs (avant-bras). Ces phénomènes congestifs sont quelquefois remplacés au bont de quelques jours par de l'œdème blanc, au niveau des joues et des paupières.

La forme érythémateuse peut encore simuler un rash scarlatiniforme ou bien affecter l'aspect de macules disséminées sur le thorax, les flancs et simulant par suite la roséole.

Les *formes papuleuses* peuvent simuler l'urticaire et l'érythème noueux.

Dans le premier cas, l'éruption est caractérisée par de nombreuses papules, disséminées de préférence au niveau des extrémités et du bas-ventre (Fischer), accompagnées de prurit, mais se distinguant cependant de l'urticaire en ce qu'elles sont plus fixes et plus rouges que les papules ortiées (Bazin, Barthez, Fischer).

Pellizzari a cité un cas d'urticaire.

Dans la variété qui simule l'érythème noueux, on observe des nodosités qui semblent enchâssées profondément dans le derme. Ricord a décrit cette variété en 1842; depuis, Pietro et Celso Pellizzari, Talamon, Janowski, Hallopeau, Léon Perrin et Richardière en ont rapporté des observations.

La forme *vésiculeuse* ou eczématoïde n'est pas moins rare que les précédentes; certains auteurs en contestent même l'existence en temps que variété distincte; suivant eux, les vésicules ne seraient que le premier stade des éruptions pustuleuses ou bulleuses; toutefois, Fischer aurait observé seize cas d'eczéma iodique, et Mercier aurait même observé un cas d'eczéma rubrum généralisé avec fièvre et troubles généraux.

Dans un cas relaté par Petitjean, la subordination de l'eczéma à l'ingestion de l'iodure de potassium est partilièrement nette; un malade du service de Lailler, à Saint-Louis, fut atteint d'eczéma au deuxième jour de l'ingestion d'une très petite dose d'iodure, 75 centigrammes. On diminua alors la dose jusqu'à 15 centigrammes, et l'éruption entra en décroissance; une nouvelle poussée survint lorsqu'on voulut élever la dose jusqu'à 25 centigrammes; enfin l'éruption disparut complètement avec la cessation de l'usage du médicament.

Quatre mois plus tard, le malade fut soumis de nouveau au traitement ioduré, et l'eczéma reparut à cette occasion.

Bien que, dans les diverses observations d'eczéma survenu chez des individus soumis à un traitement par l'iodure, l'influence de l'intoxication médicamenteuse sur

la genèse des accidents cutanés soit incontestable, il est probable, étant donné la rareté relative de cette variété d'accidents, qu'il faut admettre une cause prédisposante à cette variété de dermatose comme aux éruptions bulleuses, et que l'eczéma, comme le pemphigus iodique, survient surtout chez des sujets prédisposés aux accidents cutanés.

On a signalé l'herpès labial d'origine iodique (Briquet).

Enfin, M. Jacquet a observé un cas de zona ophtalmique, avec névralgie du nerf facial, à la suite d'ingestion d'iodure (*Soc. méd. des hop.*, 6 mai 1898).

La *forme pustuleuse* ou plutôt papulo-pustuleuse, l'acné, est de beaucoup la plus fréquente des manifestations cutanées de l'iodisme. L'élément éruptif débute par une tache érythémateuse donnant lieu à une démangeaison assez vive ; au bout de dix-huit à vingt-quatre heures une papule de la dimension d'une lentille s'élève sur cette tache et ne tarde pas à se transformer en pustule. Cette lésion élémentaire tient de la pustule et du tubercule (Czerny); c'est une petite tumeur, atteignant souvent le volume d'un petit pois, d'un rouge livide, couronnée d'une vésicule purulente et généralement centrée d'un poil. On peut parfois déceler de l'iode dans le contenu des pustules (Adamkiewicz).

Les éléments sont rarement isolés: ils se groupent et parfois on les a vus former des placards arrondis (folliculites et péri-folliculites agminées).

L'acné iodique se limite presque exclusivement à la partie supérieure du corps et notamment au visage ; après guérison, elle ne laisse aucune trace, ni cicatrice, ni pigmentation (Kaposi). Elle peut survenir à tous les âges et

le professeur G. Sée avait même observé une éruption d'acné chez un fœtus dont la mère prenait de l'iodure.

L'acné peut affecter indistinctement tous les sujets, toutefois, elle survient de préférence chez les lymphatiques et les strumeux. Elle se distingue de l'acné vulgaire par son apparition brusque, la production simultanée d'un grand nombre de pustules semblables et par l'absence de pigmentation et de cicatrices.

A côté de la forme habituelle, classique, de l'acné iodique, il convient de citer les formes rares, notamment l'acné anthracoïde Signalée pour la première fois par Cullerier (1861), dont l'observation a été relatée par Bazin dans son *Traité des affections cutanées artificielles*, elle a été décrite par Duhring (1879), sous le nom de dermatite phlegmoneuse circonscrite, par Besnier, sous le nom d'acné anthracoïde iodo-potassique (1882), par Pellizzari (1884), etc. Taylor, en 1888, repousse la dénomination d'acné anthracoïde et lui substitue celle de dermatite tubéreuse. MM. Legrand (1893), Trouchaud (1895) consacrent leurs thèses à son étude.

Les éléments éruptifs se présentent sous l'aspect d'un gros furoncle (iodides furonculo-anthracoïdes de Fournier), de forme arrondie, entouré d'une auréole rouge, couvert d'une croûte au-dessous de laquelle se trouve un ulcère suintant, présentant de petits orifices d'où la pression fait sourdre un liquide purulent. Les dimensions de ces éléments varient depuis celle d'un petit pois jusqu'à celle d'une noix; leur nombre est variable. Ces tumeurs volumineuses s'affaissent rapidement, après suppression du traitement, et disparaissent en laissant une légère pigmentation. Parmi les observations les plus remarquables, citons celle qu'a rapportée M. Besnier (*Ann. de*

derm., 1882) : chez un homme de 40 ans, qui avait pris 2 grammes par jour d'iodure de potassium, M. Besnier a vu se produire de véritables tumeurs, variant du volume d'un pois ordinaire à celui d'un pois chiche, d'un rouge cuivré, mollasses, presque fongueuses, et présentant des lacunes ponctuées, analogues à celles du furoncle anthracoïde.

D'après les recherches récentes de Giovannini (Acad. de méd. de Turin, 7 janvier 1898), les lésions de l'acné iodique sont une folliculite et une périfolliculite pilaire aiguë, suppurative, superficielle, opinion diamétralement opposée à celle de Duckworth et Harris, Pellizzari, Ducrey, de Amicis qui sont unanimes à nier la participation des follicules pileux au processus acnéique. Les glandes sébacées annexées aux follicules pileux intéressés ne présentent que de simples lésions irritatives. manifestement secondaires.

Alors que la peau présente encore son apparence normale, les follicules sont déjà altérés ; ils sont athrésiés ou rétrécis, plus ou moins atrophiés ; la partie évasée s'agrandit ou se transforme en une sorte de kyste avec revêtement épidermique, contenant du sébum, des cellules cornées. Les glandes sébacées s'atrophient également.

A côté de l'acné, il existe une autre variété d'éruption pustuleuse, d'origine iodique, c'est l'ecthyma. Objectivement, l'ecthyma iodique ne se distingue pas de l'ecthyma syphilitique (Mauriac) ; il importe cependant, en pratique, d'en reconnaître la cause, car si l'on continue à administrer l'iodure ou si l'on en force la dose, croyant avoir affaire à une lésion syphilitique, on détermine une aggravation de la lésion.

La *forme bulleuse* est rare, moins cependant qu'en ne l'admettait autrefois.

En tous cas, elle doit être rattachée aux formes graves de l'intoxication iodique. Besnier, Hallopeau, Rendu, Arnozan, etc., en ont publié des observations. Il se produit d'abord des vésicules qui atteignent bientôt la dimension des bulles, prenant l'aspect noirâtre on violacé, et se remplissant d'un liquide séro-purulent ou sanguinolent. La bulle peut recouvrir une surface ulcérée ou végétante. Les bulles sont isolées ou réunies en groupes; elles occupent la face, le cou, les avant-bras et le dos des mains, le tronc, plus rarement les membres inférieurs.

Les éruptions pemphigoïdes peuvent survenir à tous les âges, c'est ainsi que M. Hallopeau en a observé un cas chez un enfant de quatre ans, qui prenait du sirop de raifort iodé. En général, elles n'atteignent que des sujets cachectiques ou dont les reins présentent des altérations profondes; la coexistence d'albumine dans les urines est signalée dans la plupart des observations. Leur pronostic peut être très grave; des cas de mort ont été signalés à la suite de ces éruptions pemphigoïdes; Wolff (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 35, 1886) en a signalé un cas; le malade était atteint d'une néphrite.

Les éruptions pemphigoïdes ne sont pas toujours constituées uniquement par des bulles; à celles-ci peuvent succéder des végétations condylomateuses (Hallopeau, Feulard, Trapeznikow, Rosin).

Le malade de Feulard, syphilitique, avait pris pendant huit jours de l'iodure de potassium pour une gomme. A la suite de ce traitement, il eut une éruption pemphigoïde, formée de bulles aplaties contenant un liquide gélatineux; plus tard, sur les cicatrices des bulles appa-

rurent des végétations papillomateuses (Soc. de derm., mai 1891).

La réparation est toujours lente; aux éléments éruptifs succèdent des cicatrices végétantes ou déprimées, atrophiques et sillonnées de brides.

Plaçons ici l'*érythème polymorphe* où se trouvent réunies plusieurs lésions élémentaires : macules, vésicules et bulles. M. Danlos en a communiqué un cas à la Société de dermatologie (nov. 1898). M. Leredde a trouvé dans les bulles des cellules éosinophiles en abondance et a constaté une éosinophilie sanguine de 10 à 14 p. 100, qui est allée en diminuant graduellement jusqu'à guérison des manifestations cutanées. Il est à remarquer que chez le malade l'élimination de l'iode par les urines avait subi un retard considérable.

On peut encore constater des *formes mycosiques* constituées par des masses volumineuses, mamelonnées, irrégulières, à surface rouge vineux et comparables à des tomates. Ces lésions qui simulent le mycosis fongoïde sont fort graves. Rosin a observé une éruption analogue au mycosis fongoïde chez un syphilitique qui avait absorbé 1 gr. 50 d'iodure. MM. Canuet et Barasch (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1896) ont publié une observation d'ioduride maligne, à forme mycosique et à terminaison mortelle. On conçoit la difficulté du diagnostic en pareil cas, si l'on ne sait que le malade est soumis à un traitement ioduré. En cas de doute, la constatation de la présence de l'iode dans l'urine éclaircirait la question.

Le *purpura* doit être rangé, comme les éruptions bul

leuses, parmi les formes rares et graves de l'intoxication. Il survient, en effet, surtout chez les individus cachectiques et les vieillards, chez les brightiques, les artérioscléreux, les sujets atteints d'affections du foie, mais parfois aussi chez des sujets exempts de toute tare.

Le purpura peut survenir à la suite de l'ingestion d'une dose très minime d'iodure de potassium, et le jour même de l'administration du médicament. M. Gaucher a vu en 1876, à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, une jeune femme rhumatisante, non albuminurique, qui fut atteinte de purpura iodique après avoir pris, en une journée, 50 centigrammes d'iodure de potassium. Chez un malade de M. Lemoine (*Bull. med. du Nord*, 1892), le purpura se manifesta après l'ingestion d'un gramme seulement d'iodure de sodium et commença le jour même ; ce malade était cardiaque et, suivant M. Lemoine, c'est sans doute à l'obstacle apporté au bon fonctionnement du foie et des reins par la stase veineuse, qu'il faut attribuer la cause principale de l'apparition précoce du purpura, ainsi que de la confluence de l'exanthème et de sa généralisation ; même début précoce dans le cas mortel relaté par Mackenzie (voir plus loin).

La variété bénigne du purpura iodique consiste en de petites pétéchies miliaires, habituellement limitées aux membres inférieurs, à la face interne des cuisses ou à la face antérieure des jambes ; plus rarement elles envahissent le tronc et les membres supérieurs. M. Gaucher a vu un malade porteur de syphilides papuleuses des doigts, qui présentait, chaque fois qu'on le soumettait à l'usage de l'iodure de potassium, des pétéchies exclusivement localisées sur les syphilides elles-mêmes.

Les taches purpuriques augmentent de nombre si le

malade continue à faire usage de l'iodure ; elles disparaissent rapidement, au contraire, si le traitement est suspendu.

Le professeur Fournier, dans son travail sur le purpura iodique (*Rev. de méd.*, 1877), dit n'avoir constaté que le purpura miliaire ; mais, depuis la publication de son travail, ont paru diverses observations relatant l'existence de larges placards hémorragiques dans quelques cas graves, avec coïncidence de ramollissement gingival et d'hémorragies des gencives, plus rarement d'épistaxis. M. Hallopeau a rapporté un cas de purpura iodique qui s'accompagna d'hémorragie de la protubérance annulaire ; celle-ci détermina une paralysie alterne qui guérit.

La purpura iodique peut se terminer par la mort : dans le cas de Mackenzie, cité plus haut, un enfant de cinq mois, syphilitique, avait pris une seule dose de 13 centigrammes d'iodure de potassium. Moins d'une heure après survenait de l'œdème du visage et des ecchymoses apparaissaient aux paupières, sur les joues, les bras. Le lendemain, le visage tout entier présentait la coloration du vin de Porto et quelques points se sphacélaient. L'enfant succomba soixante-huit heures après l'absorption de l'iodure.

M. Audry (*Ann. de derm.*, 1898) a signalé un cas de *gangrène* disséminée de la peau, chez une femme prenant du sirop de raifort iodé et ayant eu déjà des phénomènes d'intolérance, alors qu'elle absorbait de l'iodure de potassium. Plus récemment (*Presse méd.*, 24 mai 1899), M. Malherbe (de Nantes) a relaté un cas d'acné iodique à évolution gangréneuse, chez un homme asthmatique, qui prenait 2 grammes d'iodure de potassium par jour, depuis

plusieurs mois. On devra songer à l'iodisme dans les cas de gangrène disséminée de la peau, que l'on ne pourra rattacher à l'hystérie, à l'artério-sclérose, etc. (Audry).

Mauriac décrit des manifestations sous-cutanées de l'iodisme, sous forme de *nodules hypodermiques*, sans adhérences avec la peau et pouvant être confondus avec des gommes syphilitiques.

Du côté de la peau, coïncidant ou non avec une éruption, on peut observer des *œdèmes*. Habituellement, l'œdème est localisé, le plus souvent aux paupières, parfois aux lèvres (la supérieure), à la face dorsale des mains. Lorsque l'œdème, en même temps que le tissu cellulaire de la face, envahit la langue, le voile du palais, les fosses nasales, la vie du malade peut être en danger. Ces accidents peuvent survenir en quelques heures, à la suite de l'administration d'une dose très faible.

Les différentes éruptions qui viennent d'être mentionnées peuvent se produire, *quel que soit le mode d'administration* de l'iodure (voie buccale, rectale, etc.). D'autre part, *tous les iodures* peuvent leur donner naissance. Si les éruptions sont beaucoup plus fréquentes à la suite de l'administration de l'iodure de potassium, cela tient uniquement à ce que ce sel est beaucoup plus employé que les autres sels d'iode; mais on peut voir survenir des accidents cutanés d'iodisme à la suite de l'ingestion d'iodure de sodium, d'ammonium. On a même incriminé l'iodure de fer (Zimmermann). D'après Sydney-Ringer, l'iodure de potassium serait, de tous les iodures, celui dont l'action sur la peau serait le plus marquée.

Les accidents cutanés seraient, au contraire, moins

fréquents après l'absorption d'iodure de sodium (Gamberini). Briquet (d'Armentières) a fait le pourcentage des éruptions survenues à la suite de l'emploi des préparations iodurées et donne les chiffres suivants :

Iodure d'ammonium. .	15 p. 100,	dont	14	d'acné.
— de strontium . .	14	—	10	—
— de potassium . .	14	—	10	—
— de sodium. . . .	10	—	9	—

Il ressort de ce tableau que les divers iodures donnent lieu à des éruptions, dans des proportions sensiblement égales, et d'autre part, que les éruptions, autres que l'acné, sont très rares.

En ce qui concerne les *doses*, on peut dire que les accidents peuvent apparaître, quelle que soit la dose prescrite. Il peut suffire d'une dose fort minime, quelques centigrammes seulement d'iodure, pour déterminer une ioduride grave et même mortelle, ce qui prouve que la question de dose est secondaire et que la question de terrain est, au contraire, prépondérante.

L'*époque d'apparition* des éruptions iodiques est variable ; elles débutent habituellement au bout de quelques jours, mais peuvent aussi se manifester très rapidement, quelques heures après l'ingestion d'une dose unique. Il est à remarquer qu'elles peuvent disparaître, en totalité ou en partie, malgré la continuation du traitement, mais le plus souvent, la suppression de celui-ci est nécessaire pour en amener la disparition.

Elles ne se montrent pas toujours lors d'un premier traitement, mais peuvent seulement se manifester lors d'un deuxième ou troisième traitement.

Contrairement à ce qu'a écrit Behrend, les éruptions iodiques ne revêtent pas toujours la même forme quand

elles récidivent. Tel malade, atteint d'acné lors d'un premier traitement, pourra présenter du purpura, quand on le soumettra de nouveau au traitement ioduré.

D'ailleurs, les *récidives*, à chaque reprise du traitement, pour être très fréquentes, ne sont pas fatales. Tel malade qui aura eu de l'acné une première fois, pourra bien échapper à cet accident lorsqu'il reprendra de l'iode.

En ce qui concerne la *fréquence* respective des diverses iodurides, constatons que l'acné est de beaucoup la plus fréquente; les autres ne se rencontrent que tout à fait exceptionnellement. Après l'acné, ce sont les éruptions polymorphes avec prédominance d'éléments bulleux que l'on a surtout observées; mais ce sont, répétons-le, des accidents bien rares, puisque Gemy, dans son travail daté de 1891 (*Ann. de dermatologie*), en a seulement rassemblé une dizaine de cas. Vient ensuite le purpura, etc.

La *forme* revêtue par la manifestation cutanée dépend essentiellement de la manière d'être du malade, l'iodisme agissant seulement comme cause provocatrice. Tel sujet, prédisposé à l'eczéma, aura une poussée d'eczéma à l'occasion de l'ingestion d'iodure, tel autre, au système vasculaire fragile, aura une éruption purpurique, etc.

SYMPTÔMES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Le nez, le larynx, les bronches, le poumon peuvent être, soit isolément, soit simultanément, atteints par l'iodisme.

De toutes les manifestations de cette intoxication du côté des voies respiratoires, la plus fréquente est le *coryza*. C'est aussi celle que l'on observe le plus fréquemment, d'une façon générale, et c'est la plus précoce. Bien peu de sujets échappent au coryza qui peut d'ailleurs présenter les plus grandes variétés dans son intensité.

Le coryza iodique peut survenir dès les premières heures de l'administration de l'iodure, et peut persister sans grandes modifications, pendant toute la durée du traitement, mais le plus habituellement il va en s'atténuant ou disparaît même complètement; en tous cas, il se réduit à un simple enchifrènement auquel les malades ne prêtent plus attention.

Certains sujets au cours de traitements iodurés successifs n'ont qu'une seule atteinte de coryza ; chez d'autres, le coryza récidive à chaque reprise du traitement.

Toutes les doses de préparations iodées, même les plus faibles, sont susceptibles de déterminer le coryza, comme les autres manifestations de l'iodisme ; toutefois, d'après Briquet, l'intensité du coryza serait proportionnelle à la dose absorbée ; les coryzas les plus violents correspondent aux doses les plus fortes et le coryza est d'autant moins évitable que la dose est plus élevée. Vraie d'une façon générale, cette loi comporte des exceptions ; on peut voir survenir un coryza violent à la suite de l'ingestion de quelques centigrammes d'iodure.

Le degré le plus atténué du coryza est l'enchifrènement. C'est aussi celui qu'on observe le plus communément. Plus intense, le coryza donne lieu à un écoulement plus ou moins abondant, séreux, parfois teinté de quelques gouttelettes de sang et contenant de l'iode. Le contact de cet écoulement avec la lèvre supérieure amène fréquemment une dermite eczématiforme. Il se distingue de celui du coryza vulgaire en ce qu'il est plus séreux et aussi plus abondant. Il s'accompagne d'éternuements plus ou moins répétés et souvent de douleurs frontales, indiquant l'extension de l'inflammation aux sinus frontaux, ainsi que de catarrhe oculaire.

Le coryza peut persister un certain temps après la suppression du traitement.

Nous avons dit que le mucus nasal contenait parfois quelques gouttelettes de sang ; parfois se produisent une ou plusieurs *épistaxis* dans les premiers jours du traitement, épistaxis sans aucune gravité et relevant uniquement de la lésion locale.

On peut observer une autre variété d'épistaxis qui se produit tardivement, qui peut être très abondante et qui paraît due plutôt à l'altération sanguine ; elle peut coïncider avec le purpura. Cette épistaxis est d'ailleurs rare.

Avant de passer en revue les autres déterminations de l'iodisme sur les voies respiratoires, il faut mentionnier à cette place le syndrome auquel le professeur Fournier a donné à juste titre le nom de *grippe iodique*, parce que les symptômes éprouvés par le malade, son aspect rappellent de tous points ceux de la grippe.

La grippe iodique est un accident du début ; le malade est pris brusquement de fièvre, d'un malaise général ; il devient anxieux, agité, le sommeil l'abandonne. La face est gonflée, rouge, son nez prend une teinte érysipélateuse ; ses paupières sont œdémateuses et parfois rosées ; les larmes s'écoulent en abondance. En même temps, le malade est pris du coryza violent déjà décrit, et se plaint d'éprouver un mal de tête intense ; sa voix est rauque et il a de l'angine. « La grippe iodique résulte d'un raptus violent sur la muqueuse aérienne qui passe sur elle comme un orage en bouleversant pour quelques heures le fonctionnement respiratoire » (Mauriac).

Les déterminations laryngées sont assez rares ; par contre, elles peuvent être très graves et même entraîner la mort.

La *laryngite* iodique habituelle se traduit par une sensation de gêne, de picotement au niveau du larynx, par des modifications de la voix qui devient éraillée, etc.

Parfois, chez les enfants, la laryngite revêt le caractère de la *laryngite striduleuse*.

L'accident laryngé redoutable est l'*œdème de la glotte* ; il nécessite souvent la trachéotomie (Ricord) et entraîne parfois la mort. Cet œdème survient inopinément en quelques heures et bien qu'on puisse l'observer à la suite de l'emploi de toutes les doses médicamenteuses, depuis les plus petites jusqu'aux plus fortes, il est à remarquer que cette complication, la plus grave de toutes, est le plus souvent provoquée par de très petites doses d'iodure, parfois par la première dose absorbée : un malade de Nélaton prenait la dose de 1 gramme par jour, un autre, de Ricord, ne prenait que 50 centigrammes d'iodure. Dans un cas de Weist l'œdème glottique est survenu, après l'ingestion d'une seule dose de 50 centigrammes.

Ce même contraste entre la faiblesse des doses et la gravité des accidents se retrouve dans toutes les déterminations de l'iodisme ; nous reviendrons plus loin sur ce point.

Dans quelques circonstances, l'œdème glottique survient chez des malades qui, antérieurement, avaient bien supporté l'iodure. Il est à remarquer que les larynx malades y sont particulièrement prédisposés (Fauvel).

Du côté des bronches, on peut observer une *bronchite congestive* qui se traduit par la gêne respiratoire, une toux

quinteuse, fatigante, une expectoration muqueuse, parfois légèrement sanguinolente. D'ailleurs, il ne faut pas toujours considérer comme de petites hémoptysies les crachats sanguinolents ; le sang peut provenir du pharynx congestionné (Cornil et Hanot, Joal).

L'*hémoptysie* vraie ne s'observe guère que chez les tuberculeux ; elle peut être alors très abondante. Il faut être très prudent dans l'emploi des iodures chez les sujets qui sont suspects de tuderculose.

On a signalé la *bronchite pseudo-membraneuse* (Fritschke). Ce cas est d'autant plus remarquable que l'iodure paraît être le meilleur agent du traitement de cette variété de bronchite.

L'*œdème pulmonaire* est au poumon ce que l'œdème glottique est au larynx, c'est-à-dire un accident de la plus haute gravité qui survient d'une façon presque foudroyante et peut entraîner la mort. Kœnig et Henri Huchard l'ont signalé.

Le malade est pris d'une toux quinteuse, incessante, ne lui laissant aucun repos, ainsi que d'une dyspnée extrême ; le visage est d'une pâleur livide ou bien au contraire d'une teinte cyanotique. A l'auscultation des poumons, on entend une pluie de râles crépitants fins qui envahissent rapidement la poitrine dans toute son étendue ; le crachoir est rempli d'une expectoration abondante, filante, aérée et mousseuse, de coloration rosée ou saumonée.

Ces accidents graves qui peuvent se terminer par la mort ne sont pas créés de toutes pièces par l'iodisme ; ils surviennent dès malades artério-scléreux, présentant depuis un certain temps de l'œdème chronique. Il est donc indiqué de suspendre la médication iodurée chez cette catégorie de malades, dès que le pouls faiblit, devient inégal, intermittent.

(*A suivre*). D

BACTÉRIOLOGIE

ACTION DE LA LUMIÈRE SOLAIRE ET DE LA LUMIÈRE DIFFUSE SUR LES CRACHATS DE TUBERCULEUX CONTENANT LE BACILLE DE KOCH.

(*Travail de laboratoire de l'hôpital Saint-Jacques*).

Nous avons voulu, à propos de l'arrêté de la Préfecture de police défendant de cracher dans les rues, étudier l'action de la lumière sur les bacilles tuberculeux contenus dans les crachats.

Cette question avait déjà préoccupé Koch et d'autres bactériologistes. En voici le résumé que nous trouvons dans l'ouvrage de Strauss, page 220 :

« L'action de la lumière sur les bacilles de la tuberculose a été étudiée par Koch. Il constata que *les bacilles peuvent être tués par une exposition aux rayons solaires directs, au bout de quelques minutes à quelques heures*, selon l'épaisseur de la couche ainsi exposée. Il *constata en outre que la lumière diffuse quand son action se prolonge, produit le même effet* ; des cultures placées près de la fenêtre au grand jour, mais à l'abri des rayons solaires directs, périssaient au bout de cinq à sept jours. J'ai pu également m'assurer que des cultures très abondantes du bacille humain et du bacille aviaire, développées à la surface de ballons de bouillon glycériné, étaient tuées après avoir été exposées sur un balcon pendant deux heures aux rayons du soleil d'été. A côté de ces ballons, j'avais exposé au soleil des cultures préalablement desséchées, en couche mince, sur des lamelles de verre ; déjà au bout

d'une demi-heure elles avaient perdu leur végétabilité et leur virulence... »

(*La Tuberculose et son bacille*, page 220).

Voici maintenant un passage de Nocard :

La lumière solaire a une action plus marquée. Le virus exposé en couches minces est rapidement détruit. Des langes de toile et des étoffes imprégnés de crachats tuberculeux exposés à l'action directe du soleil ont perdu leur virulence en dix ou quinze heures et les bacilles sont tués après vingt-quatre et trente heures (Mignéca), (Nocard et Leclanche, 639).

J'ai pensé que, pour répondre au cas visé par la préfecture de police, l'expérimentation devait porter non sur des cultures, mais sur des crachats.

Trois séries d'expériences ont été faites, dont voici les résultats.

SÉRIE A.

Cinq cobayes inoculés sous la peau avec le crachat d'un tuberculeux cavitaire.

Le témoin est mort le 28e jour, le mouvement fébrile a oscillé entre 40° et 40°5.

Il a perdu 160 grammes. Rate petite, nombreux bacilles de Koch dans l'abcès d'inoculation.

Les cobayes 1 et 2 ont été inoculés avec le même crachat exposé à la lumière solaire.

Cobaye n° 1 (injection du crachat exposé une heure à la lumière solaire, et incomplètement desséché). Sacrifié le 67e jour : augmentation de poids 55 grammes, persistance de l'ulcère d'inoculation, où on trouve le bacille de Koch.

Cobaye n° 2 (Inoculation du crachat exposé à la lumière solaire pendant cinq heures, et entièrement desséché).

Sacrifié le 63e jour, 35 jours après la mort du témoin. Augmentation : 160 grammes, pas de bacille de Koch.

Cobayes 3 et 4, inoculés avec des crachats exposés à la lumière diffuse.

N° 3. Inoculé avec un crachat exposé à la lumière diffuse pendant sept heures. Mort après avoir mis bas, 24 jours après l'inoculation.

Augmentation : 160 grammes. La rate pesait 60 centigrammes, pas de bacilles de Koch.

N° 4. Inoculé avec un crachat exposé 4 heures à la lumière diffuse et entièrement desséché.

Mort d'accident (traumatisme ayant déterminé la fonte purulente de l'œil) le 36e jour. Augmentation : 60 gr. La rate pesait 1 gr. 05, pas de bacille de Koch.

Ainsi dans cette première série (A) une seule fois le crachat n'a pas été stérilisé (cobaye n° 1). Le crachat exposé seulement une heure à la lumière solaire n'était pas complètement desséché. Mais la virulence a été bien atténuée, car l'animal avait augmenté de poids et son état général était très satisfaisant, 39 jours après la mort du témoin.

SÉRIE B

Inoculation de cinq cobayes.

Le témoin est mort le 19e jour de l'inoculation, a perdu 60 grammes. La rate pèse 1 gramme.

Nombreux bacilles de Koch dans la plaie d'inoculation et dans la rate.

Cobayes n° 1 et n° 2. Crachat exposé à la lumière diffuse.

N° 1. Inoculé avec un crachat exposé 4 heures à la lumière diffuse et entièrement desséché.

Sacrifié le 6 juillet, 77 jours après l'inoculation. Augmentation 70 grammes. Rate 1 gr. 90. Bacilles de Koch dans l'abcès d'inoculation.

N° 2. Inoculé avec un crachat exposé 7 heures à la lumière diffuse et entièrement desséché. Sacrifié le 77ᵉ jour. Augmentation 60 grammes. Rate 1 gr. 45. Bacilles de Koch dans la plaie.

Cobayes n° 3 et n° 4 inoculés avec des crachats exposés à la lumière solaire.

N° 3. Inoculé avec un crachat exposé à la lumière solaire pendant 1 heure 1/2, et complètement desséché.

Sacrifié le 22 juin, 63ᵉ jour après l'inoculation. Augmentation 65 grammes. Rate 2 gr. 90, présente de petits abcès sans bacilles de Koch. Il y a des bacilles de Koch dans le ganglion d'inoculation.

N° 4. Inoculé avec un crachat exposé à la lumière solaire pendant une heure et complètement desséché. Sacrifié le 15 juin, 56ᵉ jour après l'inoculation : a perdu 25 grammes; rate 1 gr. 15, plaie d'inoculation dans laquelle on ne trouve pas le bacille de Koch.

Dans cette série, un seul cobaye, le n° 4, inoculé avec un crachat exposé à la lumière solaire, n'a pas présenté de bacilles de Koch.

Les autres cobayes avaient les apparences de la santé, pas de fièvre; leur poids avait augmenté, et ils ne présentaient de bacilles de Koch que dans les abcès d'inoculation. La virulence du crachat était donc fort atténuée.

SÉRIE C.

Trois cobayes ont été inoculés. Le témoin est mort le 7 juillet, 32 jours après l'inoculation. Il a perdu 195 gr. La rate pesait 3 gr. 85.

Ce cobaye a présenté de la fièvre 40°5. Nombreux bacilles de Koch.

Les cobayes n° 1 et n° 2 ont été inoculés avec des crachats exposés à la lumière solaire.

Cobaye n° 1. Inoculé avec un crachat exposé au soleil pendant une 1 heure 1/2 et complètement desséché.

Sacrifié le 13 juillet, il avait diminué de 40 grammes. La rate pesait 2 gr. 90 et renfermait des bacilles de Koch.

Le cobaye n° 2, inoculé avec des crachats exposés à la lumière solaire 1 heure 1/2 et complètement secs, est sacrifié le 17 juillet après 42 jours d'épreuve. Il a perdu 65 grammes, sa rate pèse 1 gr. 10. Il y a des bacilles de Koch dans la plaie d'inoculation.

Dans cette série, un des cobayes (le n° 1) a été fortement infecté. Cependant il a survécu longtemps au témoin puisqu'il a été tué 38 jours après la mort de ce dernier.

Le second cobaye a été très peu atteint. On n'a trouvé le bacille de Koch que dans les ganglions d'inoculation.

Que conclure de ce travail ? 1° Qu'on n'est jamais sûr qu'un crachat tuberculeux est stérilisé après son exposition, jusqu'à dessiccation complète, soit à la lumière solaire, soit à la lumière diffuse.

2° Que dans un certain nombre de cas, le crachat est complètement stérilisé, et que toujours il est fort atténué, puisque la santé apparente est conservée, le poids habituellement augmente et la survie est considérable, et qu'on

ne rencontre habituellement le bacille de Koch que dans les ganglions d'inoculation.

Des expériences nouvelles que nous poursuivons en ce moment nous permettront peut-être de fixer la durée nécessaire de l'action de la lumière pour stériliser à coup sûr les crachats de tuberculeux.

Nous réservons complètement la question de contagion, et nous rappelons que nous avons démontré que la *poussière tuberculeuse* n'a jamais transmis la maladie.

D[r] Pierre Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PHAGÉDÉNISME TERTIAIRE

M. le professeur Fournier, dans la *Semaine médicale* du 24 octobre, consacre à l'étude du phagédénisme tertiaire un article d'une remarquable clarté. D'après l'auteur, ce phagédénisme est à lui seul plus fréquent que le phagédénisme du chancre syphilitique et le phagédénisme chancrelleux réunis. On qualifie du terme de phagédénisme, dit M. le professeur Fournier, toute plaie dépassant de façon considérable ses limites habituelles, affectant une durée plus ou moins longue, offrant une tendance extensive ou destructive. Ce n'est pas une maladie, ce n'est qu'un syndrome, une modalité de certaines lésions ulcéreuses. L'auteur insiste sur ce point, donnant comme exemple d'ulcérations malignes où se rencontre également cette qualité rongeante du phagédénisme, celles du cancer, de l'épithélioma, de cancroïde vorax, de la scrofule, de l'ecthyma infantile térébrant, etc., etc., et il ajoute : Le

phagédénisme ne présente rien de spécial en lui, rien de spécial en tant que lésion anatomique.

Le phagédénisme venu de la syphilis dérive de deux origines : chancre ou lésions d'ordre tertiaire.

Le phagédénisme tertiaire peut siéger partout. Cependant ses terrains de prédilection sont le visage, la gorge et les organes génitaux surtout chez l'homme. C'est un ulcère géant à bords adhérents, taillés à pic, à fond irrégulier purulent. L'ulcère parfois s'encroûte. De là deux façons pour le phagédénisme tertiaire de se présenter. Il prend l'aspect d'une plaie ou celui d'une lésion croûteuse.

En dehors de ces deux modalités objectives qui constituent ce que M. le professeur Fournier appelle l'air de famille du phagédénisme et qui sont le reflet de son origine, le phagédénisme subit de multiples transformations éréthiques, diphtéroïdes, gangréneuses. Tous les phagédénismes se ressemblent ou peuvent arriver à se ressembler. Un élément pourtant viendra les différencier. C'est le sens dans lequel va se porter l'exagération du processus ulcératif et nous aurons ainsi le phagédénisme en surface où l'ulcération s'élargit et envahit des portions énormes de territoires tégumentaires, le phagédénisme térébrant où l'ulcération creuse et excave les tissus. rarement ces deux modalités ulcéreuses s'associent.

Le phagédénisme de surface progresse très rarement de façon atypique. Le plus souvent il procède d'une manière méthodique et cette discipline d'évolution peut être un excellent élément de diagnostic. Il peut y avoir progression centrifuge avec cicatrisation du centre; ou progression linéaire par longues traînées ulcéreuses remarquables par ce fait qu'une des extrémités est en voie de cicatrisation tandis que l'autre persiste à progresser.

Le phagédénisme térébrant est la forme la plus grave. La peau, les muqueuses, les aponévroses, les muscles, les os, rien ne l'arrête. Les vaisseaux et les nerfs résistent : cependant on a pu voir survenir des accidents hémorrhagiques.

L'évolution du phagédénisme est excessivement variable. Parfois quelques semaines suffisent pour amener la destruction complète de portions de tissus plus ou moins considérables. Parfois, au contraire, la marche est lente et prend même une tournure de chronicité.

Certaines causes influent sur cette évolution, c'est ainsi par exemple que l'on accorde à l'érysipèle un pouvoir curateur.

Le phagédénisme évolue souvent à froid sans déterminer de réaction de voisinage et cela peut encore servir dans l'établissement du diagnostic. Au point de vue général, il reste le plus fréquemment sans influence sur la santé, quelquefois cependant il aboutit à la cachexie. Dans des cas très rares on observe d'emblée un véritable état subtyphoïde.

La guérison est de beaucoup la terminaison la plus commune. Exceptionnellement on a rencontré des phagédénismes devenus chroniques ; plus souvent la mort par épuisement est survenue.

Les complications résident dans les cicatrices, dans la destruction plus ou moins complète d'organes et enfin dans des phénomènes d'atrésie. Les os sont souvent attaqués, en particulier ceux qui composent le squelette nasal et la voûte palatine. Les os du crâne sont fréquemment pris. Il résulte de toutes ces mutilations un aspect horrible pour le malade qui, se sentant défiguré, fuit la

société de ses semblables, tombe dans l'hypochondrie et finit parfois par le suicide.

Fournier examine les différentes explications essayées pour se rendre compte du phagédénisme. Ces explications sont empruntées les unes à une qualité particulière du virus, les autres à des influences locales. L'auteur n'a pas de peine à démontrer que les premières explications sont fausses et que les autres jouent un rôle secondaire dans la production du phagédénisme.

L'explication du phagédénisme par une qualité particulière du pus, propre à ce syndrome, tombe devant ce fait que les inoculations de chancre phagédénique restent stériles quand il s'agit d'un phagédénisme tertiaire et peuvent engendrer un chancre mou, quand il est emprunté à un phagédénisme chancrelleux. D'autre part le phagédénisme peut naître d'une contamination par un chancre mou ou un chancre dur absolument dépourvu de phagédénisme. Il faut dont conclure, comme du reste fait Fournier, que si le phagédénisme ne dépend pas de la graine il dépend du terrain, de la dyscrasie ou, comme nous dirions dans l'école de l'*Art médical*, de la prédisposition définie.

Certains auteurs ont voulu expliquer le phagédénisme par la présence d'un streptocoque, seulement ils ont pris l'effet pour la cause, le streptocoque étant le microbe habituel de toutes les suppurations et ulcérations. Quant aux causes locales du phagédénisme, malpropreté, pansements irritants, fatigue, épuisement et misère, ce sont évidemment des circonstances fâcheuses favorisant le phagédénisme, mais incapables de le produire.

Le phagédénisme en tant que lésion s'impose d'une façon évidente. La grande difficulté est d'en préciser l'espèce. C'est surtout avec le phagédénisme chancrelleux

que la différence doit être faite. Le traitement change absolument de l'un à l'autre et les erreurs présentent une sérieuse gravité. Après la discussion du diagnostic le professeur Fournier résume ses idées dans un tableau comparatif. Nous le reproduisons ici, car il vaut mieux que tous les commentaires.

PHAGÉDÉNISME TERTIAIRE	PHAGÉDÉNISME CHANCRELLEUX
I. — *Signes d'objectivité.*	
1° Toujours doublé et encadré par une infiltration gommeuse d'une *dureté* facilement appréciable.	1° Pas de dureté analogue. comme cadre ni comme base,
2° Se trahit parfois par un *graphique circonférenciel d'ordre circiné* (en arc de cercle, en arceaux conjugués, etc.).	2° Pas de tracé circonférentiel d'ordre circiné.
3° »	3° Susceptible de s'attester par la complication d'un *bubon inflammatoire*, *aigu*, *suppuratif*, voire *chancrelleux*. — Signe majeur, mais éventuel.
4° »	4° *Tout phagédénisme issu d'une origine ganglionnaire est nécessairement un phagédénisme dérivé d'un chancre simple.*
5° Consiste presque toujours en un phagédénisme d'ordre térébrant qui détruit en profondeur.	5° Consiste presque toujours en un phagédénisme *de surface*.
6° Consiste presque toujours en un phagédénisme *sur place*, non ambulant.	6° Phagédénisme *nomade*, ambulant, souvent serpigineux.
II. — *Antécédents.*	
1° *Antécédents de syphilis* (mais possibilité de syphilis ignorée).	1° *Pas d'antécédents de syphilis* (mais possibilité, comme coïncidence, d'une infection syphilitique préalable).
2° *Spontanéité* de la lésion.	2° Lésion toujours issue d'un accident de contagion.

III. — *Coïncidences morbides.*	
Présomption quelquefois fournie par la coïncidence d'un accident de syphilis tertiaire.	»
IV. — *Enquête bactériologique.*	
»	Présence significative du *bacille de Decrey* dans le pus de la lésion.
V. — *Critérium expérimental.*	
Auto-inoculation *négative.*	Auto-intoxication *positive*, c'est-à-dire reproduisant un chancre simple.
VI. — *Critérium thérapeutique.*	
Influence rapidement modificatrice et curative du traitement spécifique.	Nulle influence du traitement antisyphilitique.

Le professeur Fournier ne traite pas la question du diagnostic différenciel du phagédénisme syphilitique et des lésions de la scrofule, du cancer, de la lèpre. Cependant, il y a là certains points de ressemblance qui peuvent être source d'erreurs.

Les mutilations des mains et des pieds chez les lépreux ressemblent beaucoup aux mutilations produites par le phagédénisme tertiaire, comme on peut le voir en examinant les planches 3, 4 et 5 qui accompagnent le travail de Fournier. Deux signes permettront habituellement de reconnaître la lèpre. La présence du bacille de Hansen dans les ulcères et l'anesthésie.

Les ulcères scrofuleux de la gorge et de la face qui pourraient être confondus avec le phagédénisme surtout quand ils se compliquent de la carie des os du nez, trouveront

leur signe diagnostic, comme les ulcérations du lupus, dans la présence du bacille de Koch constaté par l'examen bactériologique ou l'inoculation au cobaye.

Le traitement du phagédénisme repose sur un diagnostic précis et sur la recherche des causes qui ont présidé à son développement. La suppression des causes locales, malpropreté, ulcération, etc., a souvent apporté une grande amélioration à l'état des malades. On agit plus difficilement sur les causes d'ordre général, cependant la médication tonique n'est pas à négliger.

Le phagédénisme tertiaire a une thérapeutique nettement établie au point de vue général, il faut administrer sévèrement le traitement antisyphilitique. L'iodure (4 à 6 grammes) par jour suffit en général. Il convient parfois d'adjoindre à ce médicament le mercure que l'on donne sous forme d'injections de calomel.

Comme médication externe, Fournier préconise l'emploi des bains tièdes fréquents et même prolongés dans les cas graves. Pour les phagédénismes cutanés, les pansements occlusifs au taffetas de Vigo donneront d'excellents résultats.

Si malgré les deux traitements interne et externe l'état ne s'améliore pas, le professeur Fournier conseille de suspendre le traitement pendant quelque temps et de le reprendre ensuite. Le changement d'air a favorisé parfois la guérison.

Enfin, en cas d'échec complet on peut avoir recours à la méthode destructive et employer le caustique de Ricord, surtout quand le phagédénisme siège sur un endroit découvert et surtout sur la face. Ce caustique est constitué *par un mélange* de poudre de charbon et d'acide sulfurique jusqu'à consistance de cirage. Ce caustique s'applique avec

une spatule sur la place, on le recouvre d'ouate et on le laisse jusqu'à ce qu'il tombe.

Ce dernier traitement doit d'après l'auteur, toujours être considéré comme au pis aller.

Dr Wagner.

DU DIAGNOSTIC DES MÉNINGITES SPINALES PAR L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien recueilli sur le vivant par ponction lombaire ne contient pas d'éléments figurés, il n'en contient pas davantage dans la phtisie aiguë et dans la fièvre typhoïde avec méningisme, dans la paralysie générale, dans la sclérose en plaque, dans la maladie de Bright et dans les cardiopathies, avec anasarque. Mais dès que les méninges sont frappées d'inflammation vraie, on voit apparaître constamment dans le liquide cérébro-spinal des éléments figurés variables suivant la nature de l'agent infectieux et dans certains cas le bacille pathogène de ces infections.

Quand on rencontré sous le microscope soit le bacille de la tuberculose, soit de méningoccoque, le diagnostic est facile, mais, disons avec MM. Vidal, Sicard et Raseaud qu'il est quelquefois difficile de trouver l'un et l'autre de ces bacilles et que s'il faut attendre pour le bacille de Koch le résultat de l'inoculation sur le cobaye, ce résultat est trop éloigné pour qu'il puisse servir au diagnostic clinique.

La recherche des cellules est très suffisante pour asseoir le diagnostic. Si le liquide céphalo-rachidien est absolument privé d'éléments figurés, le médecin peut être assuré que le malade n'est atteint ni de méningite tuberculeuse ni de méningo-encéphalite diffuse.

Si la numération des cellules fait constater que les cellules mono-nucléaires sont plus nombreuses que les polynucléaires, on peut poser hardiment le diagnostic de méningite tuberculeuse.

De sorte que les auteurs du mémoire que nous analysons concluent : « C'est donc la lymphocytose (cellules mononucléaires) que caractérise la formule histologique de la méningite tuberculeuse.

Dans le cas où le liquide céphalo-rachidien provenant de méningites cérébro-spinales a été examiné, la formule histologique était inverse, car on n'observait que des polynucléaires et de loin en loin de rares lymphocites.

Des expériences faites sur les chiens et dans lesquelles on a inoculé différents bacilles dans le canal médullaire ont confirmé les résultats cliniques énoncés ci-dessus : c'est-à-dire que les cellules mono-nucléaire dominaient quand le bacille Koch avait été inoculé et que les polynucléaires étaient plus abondantes dans les myélites provenant d'une autre origine.

Dr Wagner.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Antisepsie des voies respiratoires par les inhalations d'air chargé de vapeurs de menthol, bromoforme et formol. — II. Abcès du cervelet. — III. Les moustiques et le paludisme. — IV. Anévrysmes de l'aorte guéris par des injections de gélatine. — V. Empoison-

NEMENT NON PROFESSIONNEL PAR L'ANILINE, ACCIDENTS SURVENUS A DES ENFANTS CHAUSSÉS DE BOTTINES DE CUIR JAUNE NOIRCIES AVEC UNE TEINTURE D'ANILINE.

I

M. le Dr P. Lacroix présente un mémoire relatif à l'antisepsie des voies respiratoires par les inhalations d'air chargé de vapeurs de menthol, bromoforme et formol; les conclusions sont les suivantes:

Lorsqu'on fait passer au travers d'un mélange de bromoforme, formol et menthol, chauffé en vase clos, un courant d'air, on obtient un gaz médicamenteux inhalable.

Ce gaz stérilise le pus et détruit la virulence du bacille de Koch.

Ce gaz est parfaitement toléré.

Le laryngoscope montre qu'il agit toujours favorablement sur les voies respiratoires.

Enfin, il donne d'excellents résultats dans les affections microbiennes laryngo-pulmonaires et en particulier la tuberculose.

II

M. Dieulafoy fait une remarquable communication au sujet d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu avec des phénomènes de lésions cérébelleuses, opéré sans succès et mort d'abcès du cervelet.

Ses conclusions sont les suivantes:

1° A quelques exceptions près, l'abcès du cervelet est toujours consécutif à une otite. Que l'otite soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement,

peu importe; du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Dès lors ils se propagent en différentes directions.

2° Les lésions intra-craniennes consécutives aux otites sont multiples : Méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale, pachyméningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet.

3° L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux : céphalée à prédominance occipitale, vertiges, ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale, névrite optique, asthénie musculaire, somnolence, état de torpeur voisin du coma.

Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté, ils peuvent exister, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vermis.

Deux autres symptômes, la parésie faciale et la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet; c'était le cas chez notre malade.

4° Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelques difficultés. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique; voici quels peuvent être les éléments de diagnostic : la céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse, n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique.

5° L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du

cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteurs, parésie, contracture, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion et à l'otite ; la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants.

6° Les tumeurs du cervelet, gliome, gliosarcome, tuberculome, tumeurs parasitaires, produisent, elles aussi, le syndrome cérébelleux ; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté, parce que les tumeurs dans leur tendance à s'extérioriser provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage.

7° La syphilis du cervelet mérite une place à part au point de vue du diagnostic et du traitement.

8° L'intervention chirurgicale, en temps voulu, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

III

Dans une longue et intéressante instruction à l'usage des médecins, des naturalistes et des voyageurs, M. Blanchard résume ainsi les résultats généraux des découvertes récentes sur le paludisme, les hématozoaires et les moustiques.

1° L'hématozoaire du paludisme subit une alternance de générations, grâce à laquelle il passe de l'homme à l'anophèles, puis de l'anophèles à l'homme et ainsi de suite.

2° L'hématozoaire du paludisme n'est libre à aucune époque de son existence ; il est obligatoirement et constamment parasite, soit chez l'homme à l'état schizogonique, soit chez l'anophèles à l'état sporogonique.

3° La théorie hydrique se trouve donc en défaut : les eaux stagnantes, même ingérées, sont incapables d'engen-

drer le paludisme ; leurs relations avec cette endémie tiennent uniquement à ce qu'elles sont le milieu dans lequel se développent les anophèles.

Toutefois, il serait très imprudent de conclure d'après cela que les eaux stagnantes sont sans danger ; elles peuvent recéler au contraire le microbe de la fièvre typhoïde ou du choléra, le petit crustacé qui, dégluti fortuitement, nous donne la filaire de Médine et, suivant le pays, nous transmet encore le germe d'un certain nombre d'autres maladies infectieuses ou parasitaires.

4° La théorie tellurique est également en défaut : les terres fraîchement remuées ne renferment pas le germe du paludisme ; leurs relations avec cette endémie tiennent uniquement à ce que le bouleversement du sol produit des inégalités de surface et des dépressions dans lesquelles les eaux de pluie ou d'infiltration peuvent s'accumuler ; ainsi se forment des flaques d'eau plus ou moins étendues, dans lesquelles les anophèles viennent pondre leurs œufs.

5° La théorie miasmatique n'est pas plus exacte ; le germe de l'hématozoaire n'est pas transporté par l'air ; il n'émanent pas de l'eau ou de la vase des marais, particulièrement le soir, pour se répandre dans l'atmosphère. S'il est pernicieux de séjourner près des marais au crépuscule et pendant la nuit, cela tient uniquement à ce que c'est l'heure où les anophèles volent et piquent.

6° L'anophèles ne transmet pas à sa ponte les hématozoaires. Ceux-ci ne s'observent ni chez la larve, ni chez la nymphe, ni chez l'insecte nouvellement éclos. Tout insecte nouvellement éclos et n'ayant pas encore piqué l'homme ou l'animal est totalement dépourvu d'hématozoaires ; s'il pique un individu sain il ne lui inocule pas le paludisme.

7° Tout moustique infecté a sucé préalablement le sang d'un homme ou d'un animal porteur d'hématozoaires.

8° Tout moustique dont les glandes salivaires contiennent des sporozoïtes est infectieux ; il est capable d'inoculer l'hématozoaire, s'il pique un être de même espèce (homme ou animal), que celui dans le sang duquel il a puisé antérieurement le parasite.

9° Dans les climats tempérés, la saison des moustiques n'a qu'un temps ; ces insectes meurent aux premiers froids. Le paludisme s'atténue avec eux, puis reprend toute sa violence à la saison prochaine. L'infestation de l'homme au printemps est causée par des femelles d'anophèles fécondées qui ont hiverné. De même l'infestation des premiers insectes de la saison est causée par des malades atteints de cas chroniques, dans le sang desquels l'hématozoaire est maintenu tout l'hiver grâce à une succession plus ou moins active de générations schizogoniques.

10° Tous les moustiques ne sont pas aptes à fournir à l'hématozoaire du paludisme un milieu favorable à son évolution. Tous d'ailleurs ne sont pas aptes à piquer l'homme.

11° Dans l'état actuel de nos connaissances, les anophèles semblent être les seuls propagateurs du paludisme ; mais ce fait n'est encore démontré que pour l'Inde, l'Italie et la côte occidentale d'Afrique (Sierra-Leone) et il n'est pas impossible que d'autres insectes même en dehors des Culidicés soient capables de jouer le même rôle, soit dans ces mêmes contrées, soit ailleurs.

12° Dans une localité notoirement salubre pour l'homme, c'est-à-dire où le paludisme est inconnu, on peut observer chez un plus ou moins grand nombre de moustiques, soit

dans la paroi de l'estomac, soit dans les glandes salivaires, des formations parasites semblables à celles que nous avons décrites plus haut. Cela peut tenir soit à l'arrivée fortuite d'un homme atteint de paludisme, soit à l'existence normale d'animaux domestiques ou sauvages dont le sang renferme des hématozoaires plus ou moins semblables à celui du paludisme. En effet, les parasites de ce genre peuvent se rencontrer chez divers animaux, particulièrement chez des mammifères et des oiseaux.

13° Dans une localité insalubre pour l'homme, c'est-à-dire où sévit le paludisme, un certain nombre de moustiques se montrent également infectés. Toutefois, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser si les états sporogoniques qu'ils présentent reconnaissent pour origine l'hématozoaire de l'homme ou celui de quelque espèce animale.

14° Il importe donc de déterminer d'une part les moustiques qui sont capables de piquer l'homme et d'autre part ceux chez lesquels la sporogonie peut s'accomplir.

15° La prophylaxie du paludisme ressort nettement de ces notions nouvelles : elle consiste en la destruction des moustiques, de leurs larves et de leurs nymphes. Des méthodes fort simples et peu coûteuses permettent de réaliser ce grand bienfait, qui aura pour conséquence la disparition de deux des pires fléaux de l'humanité . le paludisme et la filariose.

IV

M. Lancereaux communique quatre nouvelles observations d'anévrysmes de l'aorte traités et guéris par les injections de gélatine. En passant, il défend ce mode de

traitement d'accidents dus à une défectueuse antisepsie et il conclut :

1° Le séjour au lit ne suffit pas, ainsi que l'a prétendu Litten, à la guérison des anévrysmes de l'aorte.

2° La guérison définitive d'un anévrysme volumineux par oblitération totale du sac ne s'obtient qu'à la suite d'un nombre d'injections de gélatine variable, suivant les cas, mais que l'on peut évaluer approximativement à vingt-cinq ou trente pour le moins.

V

M Landouzy raconte ainsi sa première observation. L'an dernier, le 28 avril, au commencement d'une chaude après-midi de printemps, j'étais en hâte mandé auprès d'un bébé de dix-sept mois rapporté de la promenade sans connaissance, asphyxiant : l'enfant, disait-on, se mourrait! Accourant près du bébé, je le trouve dans sa chambre étendu, inanimé, en résolution complète sur les genoux de sa nourrice, les yeux à moitié clos ; le visage d'une pâleur de cire, gris de plomb ; les lèvres, le bord libre des paupières bleuâtres, les ailes du nez gris ardoisé, les mains d'une pâleur cadavérique, les phalangettes bleutées.

L'enfant complètement immobile, insensible, indifférent à toute excitation, les membres flasques en résolution, paraît plongé dans un sommeil profond, réflexes patellaires et conjonctival conservés. Les pupilles moyennement ouvertes, réagissent faiblement et lentement à la lumière.

Respiration ralentie, d'un rythme égal ; pouls petit, régulier, à 80.

Température rectale, 37° 3.

Aucune tuméfaction, ni de la gorge, ni du cou; aucune distension veineuse, d'œdème nulle part, pas de saillies des jugulaires, pas d'exorbitisme.

Rien d'anormal dans l'auscultation du cœur et des poumons.

La cyanose inexpliquée par l'état organique de l'enfant dont les voies respiratoires et cardio-vasculaires sont intègres apparaît d'ordre dyscrasique.

Immédiatement on recourt aux injections hypodermiques d'éther sulfurique, à la sinapisation des reins et des membres inférieurs, à un lavement d'évacuation suivi aussitôt d'un lavement de café. Lavages du visage et de ses orifices à l'aide d'une éponge de toilette imbibée d'eau à la température de la chambre. Ingestion, par cuillerées à café, de café chaud, de lait chaud aiguisé de vieille eau-de-vie.

L'accident dont nous rappelons les deux éléments caractéristiques : cyanose bleue, torpeur profonde, arrivait à un superbe enfant, que, la veille, nous avions soumis à une visite complète hebdomadaire.

Nous arrivâmes de supposition en supposition à nous demander si le bébé n'aurait pas pu s'empoisonner avec des bottines qu'on lui avait remises la première fois, depuis qu'un teinturier les avait envoyées la veille de l'accident, après, de jaunes qu'elles étaient, les avoir passées au noir, toute la famille prenant le deuil.

L'empoisonnement d'un frère aîné, arrivé dans les mêmes conditions, douze jours plus tard, vint confirmer le diagnostic d'empoisonnement par des chaussures noircies l'aniline.

Dr HUMEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. PLEURÉSIES A BACILLE D'EBERTH DANS LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — II. NOTE SUR L'ÉVOLUTION DE LA VARICELLE. — III. SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ASPIRINE. — IV. PNEUMONIE AVEC ICTÈRE ET FAIBLE RÉACTION THERMIQUE. — V. L'AMYOTROPHIE SCAPULO-THORACIQUE PRÉCOCE COMME SIGNE RÉVÉLATEUR OU CONFIRMATIF DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT.

I

(*Séance du* 12 *octobre*). — M. SIREDEY rapproche une observation de pleurésie à bacille d'Eberth qu'il a rencontré dans la convalescence d'une fièvre typhoïde des cas si intéressants de M. Widal (séance du 27 juillet). Un cultivateur de 23 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une fièvre typhoïde classique sans complications avec mouvement fébrile élevé, au voisinage de 40° pendant dix jours, malgré les bains froids employés systématiquement.

On avait constaté, à plusieurs reprises, des râles sibilants dans la poitrine, mais le malade n'avait jamais eu d'oppression et n'avait présenté aucune complication réelle du côté de l'appareil respiratoire.

Après cinq jours d'apyrexie complète, légère élévation du tracé thermique (jusqu'à 38° 9) pendant trente-six heures sans cause appréciable ; puis apyrexie très longue.

Le 16 août (vingt et un jours après la défervescence) nouvelle élévation thermique avec point de côté à gauche, dypsnée. L'examen de la poitrine faisait constater à la

base du poumon gauche, en arrière, de la matité, de l'abolition des vibrations thoraciques et un souffle qui remontait au-dessus de l'angle de l'omoplate ; une ponction exploratrice faite le 25 août fit retirer 2 centimètres cubes de pus, qui contenait de nombreux bacilles d'Eberth associés à des pneumocoques.

Une ponction évacuatrice pratiquée le 27 août en un point très voisin de la ponction exploratrice ne donna que quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

La fièvre tomba le lendemain et les signes physiques allaient en s'atténuant, lorsque, le 30 août, nouvelle ascension thermique causée par l'invasion d'une varicelle.

M. Siredey en conclut qu'il s'agissait d'un épanchement très limité, probablement cloisonné ; il ajoute que ces pleurésies à bacille d'Eberth sont ordinairement peu étendues et ne réclament guère de traitement spécial.

Nous ajouterons que les ponctions exploratrices, utiles seulement au point de vue scientifique, doivent être faites avec toute la rigueur aseptique possible pour éviter de transformer une affection ordinairement très bénigne en pleurésie purulente grave.

II

M. Merklen ayant eu à observer 4 cas de varicelle sur les enfants d'une même famille, successivement atteints, a pu relever quelques particularités intéressantes.

Il a constaté tout d'abord que, contrairement aux descriptions classiques l'éruption précédait la fièvre dite d'invasion.

Pour l'entourage, la varicelle est annoncée, soit par quelques malaises avec mouvement fébrile, soit par l'appa-

rition de boutons vésiculeux de la face et du cuir chevelu. Ce n'en est pas le début réel, car l'examen, fait dès ces premières manifestations apparentes, révèle déjà dans le dos et sur la poitrine quelques vésicules en voie de dessiccation remontant à vingt-quatre heures au moins. Il a eu la preuve directe de cette antériorité de l'éruption du tronc chez un de ses petits malades, observé plus attentivement à ce point de vue : sa varicelle était considérée comme inévitable après l'inefficacité des mesures d'isolement immédiat prises pour les premiers. Chez lui, les vésicules caractéristiques apparurent sur le haut du thorax près de quarante-huit heures avant celles de la face et avant la fièvre ; il n'y en eut que 2 le premier jour, quelques autres le lendemain, cela sans malaise ni fièvre aucune, et la maladie n'était vraiment caractérisée que le troisième jour, ce qui ne l'empêcha pas d'être intense. Les poussées éruptives se sont faites d'ailleurs suivant un ordre identique chez les 4 malades ; elles se sont montrées d'abord sur le tronc et dans le dos, puis dans le cuir chevelu. à la face, à la nuque et la région abdomino-génitale ; les extrémités ont été prises les dernières, avec une localisation élective au niveau des espaces interdigitaux des mains, des bords et de la face plantaire des pieds. La durée de la période éruptive fut de quatre à cinq jours.

Ce début insidieux rend illusoire toutes les mesures de prophylaxie et d'isolement.

M. Merklen fait remarquer que trois de ses malades ont eu pendant trois ou quatre jours une fièvre continue, irrégulière ; chez un seul la maladie a été apyrétique. Or, l'évolution de la varicelle a été chez ce dernier particulièment bénigne et surtout remarquable par l'absence de

transformation purulente du liquide des vésicules. Les trois fébricitants eurent une véritable période de suppuration caractérisée par une dernière poussée thermique le quatrième ou cinquième jour, le gonflement de la face ou tout au moins du nez, enfin l'apparition à la nuque, aux mains et surtout aux pieds de vésicules et même de bulles remplies de pus. La dessiccation de ces éléments ne se fit qu'après plusieurs jours, alors que celle des vésicules citrines du tronc se produisait en quelques heures ou au plus en un jour ; de plus les croûtes consécutives aux vésicules purulentes étaient particulièrement épaisses et elles ne tombèrent qu'au bout de trois semaines et même plus, laissant à leur suite de petites cicatrices cupuliformes qui furent le résultat de la suppuration et nullement du grattage.

S'il était permis d'employer la terminologie reçue pour la variole, il dirait volontiers, en se basant sur ces cas, à la vérité trop peu nombreux, qu'il existe une varicelle vraie caractérisée par la fièvre, la suppuration des vésicules et la longue durée de la période de dessiccation qui atteint trois semaines, et une varicelloïde, apyrétique, sans période de suppuration, à dessiccation rapide se faisant en dix ou quinze jours, forme atténuée de la maladie,

M. Merklen mentionne aussi l'influence des irritations cutanées sur l'éruption varicelleuse ; une écorchure préalable du cou-de-pied chez un des malades s'entoura d'une colonie circulaire de vésicules ; un autre qui avait un eczéma des orteils à un seul pied présenta au niveau de ce pied une éruption particulièrement intense de bulles purulentes.

M. Barth a été à même d'examiner une épidémie de varicelle dans sa propre famille.

Il y a quatre ans, un de ses clients amena à sa consultation un enfant, qui présentait depuis le matin des boutons en petit nombre ; l'examen montra sans peine une varicelle au début, qui évolua normalement. Le fils du Dr Barth entra deux heures plus tard dans son cabinet, y séjourna quelques minutes et, seize jours plus tard, il était pris de la varicelle.

Il passa la première journée de cette maladie avec son frère, sa sœur et une petite cousine.

Cette varicelle était caractérisée par une éruption abondante et généralisée ; un grand nombre de boutons surtout à la face présentaient à leur base une coloration violacée, ecchymotique, indice d'une destruction superficielle du derme ; aucun bouton ne suppura, mais tous ceux qui avaient présenté l'aspect ecchymotique donnèrent lieu à des croûtelles dures, enchâssées dans la peau, dont la chute laissa des cicatrices déprimées, comme taillées à l'emporte-pièce, qui n'ont jamais disparu.

Seize jours exactement après le début de cette première varicelle, les trois autres enfants étaient pris à leur tour, mais de façon bien diverse : la première, âgée de douze ans, eut une éruption violente, accompagnée, le second et le troisième jours, d'une forte fièvre avec vomissements et diarrhée ; le second, un petit garçon de cinq ans, eut une éruption discrète, avec un peu de malaise et d'abattement, mais ni fièvre ni troubles digestifs ; enfin, la dernière, une fillette de quatre mois, fut prise, le jour où paraissaient les vésicules chez les deux autres, d'une fièvre intense, dépassant 40 degrés, avec cris continuels, insomnie et agitation presque convulsive : ces graves symptômes persistèrent pendant trente-six heures environ, puis se calmèrent rapidement ; quant à l'éruption,

elle ne se manifesta que par quelques boutons très légers au visage. Dans aucun des trois cas de cette seconde génération il n'y eut de vésicules ecchymotiques ni de cicatrices creuses.

Ces faits observés de très près par le Dr Barth lui paraissent démontrer :

1° Que la varicelle est contagieuse au plus haut degré dès la période d'éruption (les vésicules buccales et pharyngiennes, toujours plus tôt rompues que les autres, constituant probablement l'agent principal de la transmission) ;

2° Que la fièvre dans la varicelle est inconstante, irrégulière et atypique, en rapport avec le tempérament propre du sujet, et nullement proportionnelle à l'intensité ni à la sévérité des lésions éruptives ;

3° Que les cicatrices déprimées, indélébiles, observées particulièrement au visage, sont le plus souvent causées non par la suppuration (rare dans la varicelle régulière), mais par la forme ecchymotique de l'éruption et la nécrose de la couche superficielle du derme, comme dans l'herpès zoster.

M. Sevestre a souvent constaté que l'éruption commence par le tronc. La suppuration lui semble causée par des infections secondaires ; on l'observe très rarement en ville, dans les familles soigneuses et plus fréquemment à l'hôpital.

M. Siredey a observé, il y a trois ans, un cas très exceptionnel au point de vue de la non contagion. Une petite fille de trois ans et neuf mois, qui avait eu la nuit précédente un sommeil agité, passa toute l'après-midi dans

une nombreuse réunion où elle joua avec onze enfants. A sa rentrée le soir on constata sur le corps de nombreuses vésicules de varicelle ; l'éruption se généralisa, quelques boutons suppurèrent et les cicatrices que portait l'enfant à son retour à Paris étaient caractéristiques de la varicelle : or aucun des onze enfants qui avaient joué avec elle ne fut pris de la maladie.

M. Rénon fait remarquer que la présence des vésicules suppurées dans le cours de la varicelle peut rendre parfois le diagnostic très difficile avec la varioloïde et tout dernièrement dans son service il lui est arrivé une jeune femme avec de la fièvre, une éruption typique de vésicules claires et transparentes sur le dos, le ventre et la poitrine, entourées d'une large auréole érythémateuse. Puis, les jours suivants, elle eut sur la face une éclosion de pustules dont quelques-unes absolument ombiliquées comme celles de la variole. Il fut très perplexe, ne voulant pas l'envoyer dans une salle de varioleux si elle n'avait qu'une varicelle, et craignant d'autre part de contaminer la salle s'il s'agissait d'une varioloïde. Il s'arrêta à la solution qui lui parut la plus pratique, celle de la garder, en ayant soin de faire revacciner toute la salle.

M. Sevestre pense qu'on arrivera toujours à diagnostiquer la varicelle de la varioloïde en cherchant dans les régions protégées par les vêtements des vésicules ayant conservé leurs caractères spéciaux à la varicelle.

III

(*Séance du 19 octobre*). — M. Rénon, qui avait déjà fait

une communication sur l'emploi de l'aspirine dans la fièvre des tuberculeux (22 juin), a essayé systématiquement ce médicament dans son service, du 15 juillet au 1er octobre.

L'aspirine a été employée dans les 43 cas suivants :

18 cas de rhumatisme articulaire aigu.
5 cas de rhumatisme subaigu.
6 cas de tuberculose pulmonaire.
4 cas de congestion pleuro-pulmonaire.
3 cas de fièvre typhoïde.
2 cas de broncho-pneumonie.
2 cas de pneumonie.
1 cas de pleurésie purulente.
1 cas de sciatique aiguë.
1 cas de néphrite aiguë.

Voyons les résultats de l'emploi de l'aspirine dans ces différentes affections.

1° *Rhumatisme articulaire aigu.* — Sur les 18 cas de rhumatisme articulaire aigu traités avec l'aspirine, à la dose moyenne de 2 grammes par jour (on n'a employé que deux fois une dose de 4 grammes), onze fois les résultats furent excellents, six fois, ils furent bons ; ils n'ont été médiocres qu'une seule fois.

Les douleurs cessent rapidement, et la température tombe très vite. Chez un malade, l'aspirine succédait au salicylate de soude donné pendant huit jours, et mal supporté ; chez un autre, elle remplaçait le salicylate de méthyle employé sans succès pendant trois jours, et chez un troisième, le salicylate de lithine inefficace. Par contre, on dût, chez deux malades atteints de graves lésions cardiaques, supprimer l'aspirine ; elle diminuait les douleurs,

mais donnait un peu de gastralgie, provoquée aussi par le salicylate de soude.

Dans tous les cas, on donnait 1 gramme d'aspirine dès l'entrée du malade, dans la soirée, puis 2 grammes le lendemain ; la température tombait dans les deux journées suivantes, et, après des transpirations très abondantes, la sédation complète des douleurs ne se faisait guère attendre. On diminuait alors la dose d'aspirine, et il était rare qu'elle ne fût pas supprimée vers le cinquième ou septième jour ; on en reprenait l'emploi à la moindre menace de poussée nouvelle.

En dehors des deux cas de gastralgie relatés plus haut, M. Rénon n'a pas noté le moindre incident, notamment jamais de bourdonnements d'oreilles ni de douleur stomacale ; l'acide salicylique, recherché dans les urines, a toujours donné la réaction caractéristique au perchlorure de fer. La diurèse a toujours été abondante et a paru très favorablement aidée par l'aspirine, malgré l'intensité des transpirations. Chez des nourrices, aucun inconvénient pour le nourrisson.

2° *Rhumatisme articulaire subaigu.* — Sur 5 cas traités à la dose de 2 grammes d'aspirine par jour, M. Rénon n'a vu qu'une seule fois une amélioration manifeste se produire. La valeur du médicament n'est plus du tout la même ici que dans le rhumatisme articulaire aigu.

3° *Tuberculose pulmonaire chronique.* — L'aspirine a été employée comme antithermique sur 6 tuberculeux pulmonaires chroniques atteints de cavernes et minés par la fièvre hectique. Dans 5 cas sur 6, la température est tombée à la suite d'une dose d'aspirine de 0 gr. 50 à 1 gramme, et après avoir provoqué d'intenses transpirations. On obtenait un type inverse de la courbe thermique, avec

température minima le soir, et maxima le matin. L'aspirine n'a pas été systématiquement donnée à tous les phthisiques.

4° *Broncho-pneumonie.* — Dans les deux cas où il a utilisé l'aspirine, M. Rénon n'a pas remarqué de baisse sensible de température ; la maladie a suivi normalement son cours et s'est terminée par la guérison.

5° *Pneumonie.* — Il a donné l'aspirine à la dose de 2 grammes par jour dans 2 pneumonies, deux et trois jours avant la défervescence, qui s'est effectuée dans une bonne crise de sudations extrêmement abondantes et d'urines profuses.

6° *Congestion pleuro-pulmonaire.* — Employée dans 4 cas de congestions pulmonaires et de congestions pleuro-pulmonaires avec léger épanchement, l'aspirine a provoqué une légère baisse de température ; il est difficile de dire si la maladie a pu être enrayée en quelque façon, mais l'usage de l'aspirine a toujours été suivi de sudation et de diurèse marquée, et a toujours marqué le début de la régression des accidents.

7° *Fièvre typhoïde.* — C'est avec une grande crainte et une extrême prudence que M. Rénon s'est permis de donner l'aspirine à deux typhiques en pleine période d'état. La maladie n'a pas été modifiée dans son évolution, et la température n'a pas sensiblement baissé avec une dose de 2 grammes par jour. L'aspirine a été prescrite concurremment avec les bains et les lotions. Chez une malade convalescente de fièvre typhoïde et atteinte d'abcès multiples, l'emploi de l'aspirine a été suivi d'une baisse de température et du commencement définitif de la guérison.

8° *Sciatique aiguë.* — Aucun résultat. Il en avait été de

même au début de l'année sur 3 malades de l'hôpital Laënnec, atteints de sciatique subaiguë et traités de la même façon.

9° *Pleurésie purulente.* — Dans un cas de pleurésie purulente à pneumocoques, l'emploi de l'aspirine a produit un abaissement thermique d'un degré, mais il n'a eu aucune influence sur la marche de la maladie, guérie seulement par l'empyème.

10° *Néphrite aiguë.* — Chez un homme atteint de néphrite aiguë, de cause indéterminée, avec 40°8 de température et 5 grammes d'albumine dans l'urine, à la suite d'une dose fractionnée de 2 grammes d'aspirine, la température est tombée à 37°,5 du soir au matin, et l'albumine a diminué. On doit noter le fait, en n'en tirant qu'une conclusion en faveur de l'innocuité du médicament.

Comme conclusions, nous pouvons dire que l'aspirine paraît un médicament sans danger; que dans le rhumatisme articulaire aigu, elle donne des résultats très avantageux, beaucoup moins nets dans les autres affections où on l'a employée.

IV

(*Séance du 26 octobre*). — **M.** Laignel-Lavastine, interne des hôpitaux, vient lire l'observation d'une femme de 60 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine à la fin d'une pneumonie de la base du poumon gauche ; après neuf jours d'apyrexie, nouvelle pneumonie à gauche (point de côté, dyspnée, crachats caractéristiques), se terminant aussi par la guérison. La malade avait présenté de l'ictère pendant le cours de ses deux pneumonies ; ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que le thermomètre n'a jamais

été très élevé et a oscillé presque tout le temps entre 38° et 38°,4. M. Laignel-Lavastine serait disposé à attribuer ce peu d'élévation à l'ictère concomitant, car les ictères, l'ictère dit catarrhal surtout, s'accompagnent ordinairement d'hypothermie.

Charrin et Carnot, dans les *Archives de physiologie* (1), ont rapporté les résultats de leurs expériences relatives à l'influence d'injections de bile et d'urine sur les variations de température : l'injection de bile diminue la température ; la bile injectée, après filtration sur le noir animal, produit un abaissement moindre ; enfin, l'urine n'abaisse pas plus que l'eau pure.

V

M. Émile Boix signale un signe précoce de tuberculose, pouvant appeler l'attention du médecin, lui révéler une tuberculose encore insoupçonnée, ou pouvant, par sa présence, confirmer ses soupçons.

Il s'agit de l'atrophie musculaire de la calotte scapulo-thoracique, ce mot de calotte désignant, en l'espèce, mieux que celui de ceinture, le dôme charnu qui coiffe le sommet du poumon.

Cette atrophie, plus ou moins prononcée, plus ou moins générale, est classique aux périodes avancées ou simplement confirmées de la tuberculose. Elle est bien moins connue au début même de l'invasion bacillaire, et c'est à ce moment qu'elle a le plus d'importance au point de vue du diagnostic.

M. Boix établit que l'atrophie musculaire est plus pro-

(1) Action de la bile et de l'urine dans la thermogénèse, octobre 1894.

noncée du côté où la lésion est plus profonde; qu'elle est unilatérale lorsque la lésion est unilatérale, et qu'elle siège du même côté que la lésion. Cette atrophie peut être précoce et acquérir alors une grande importance pour le diagnostic de la tuberculose au début.

M. Boix publie plusieurs observations en rapport avec les faits qu'il vient d'énoncer.

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

DE L'ALIMENTATION PAR INJECTION SOUS-CUTANÉE.

L'alimentation des malades chez lesquels la digestion stomacale est impossible, soit par maladie de cet organe, soit par obstruction mécanique, est un problème clinique qui est loin d'être résolu.

Les lavements nutritifs ne le sont guère que de nom. Il faut se rappeler, en effet, que la muqueuse du gros intestin absorbe, mais ne digère pas. Donc, à l'exception des peptones qui ont subi une digestion artificielle et des liquides alcooliques qui n'ont pas besoin d'être digérés pour agir, nous sommes absolument désarmés pour l'alimentation artificielle au moyen de lavement. On a cherché à remplacer les lavements par les injections sous-cutanées.

On a d'abord essayé les matières albuminoïdes. On a injecté successivement des peptones, des albuminates alcalins, des syntonines, le jaune et le blanc de l'œuf, du sucre, de l'huile d'olive.

M. Laborde, dans une communication à la Société de biologie, conclut :

1° Que les injections de matières albuminoïdes par la

voie sous-cutanée sont toujours suivies de lésions du rein qui se traduisent par la présence de l'albumine et du sang dans l'urine ;

2° Les albumines du blanc d'œuf et la caséine sont mieux tolérées par le lapin que les albumoses et les peptones et paraissent moins toxiques ;

3° Que l'augmentation dans la quantité d'urée excrétée et qui accompagne d'abord ces injections d'albuminose ne sont point un signe d'augmentation d'activité des combustions organiques et qu'elles sont dues à la destruction de l'albumine fixe ;

4° Que ces substances ne sont pas susceptibles d'application thérapeutique.

Dans la même séance M. Perrier a communiqué le résultat d'expériences entreprises sur les conseils du professeur Bouchard. Les travaux de Leube en 1895 ayant démontré que les substances grasses seules étaient assimilables par la voie sous-cutanée, M. Perrier injectait 10 centimètres cubes d'huile à des lapins qui n'avaient pour tout autre nourriture que de l'eau claire. De ses expériences il conclut que l'injection d'huile a permis à l'animal d'épargner l'albumine de ses tissus et que, comme alimentation, les résultats étaient à peu près nuls, puisqu'à l'exception de *deux* lapins sur *quatre* la survie a été nulle, et que le lapin qui a résisté le plus longtemps n'a survécu que de *dix* jours aux témoins. M. Perrier fait observer que la plus grande partie de l'huile injectée existait encore dans le tissu cellulaire et n'avait pas été absorbée.

APPENDICITE A BACILLE PYOCYANIQUE.

Voici le bacillum coli si cher à M. Dieulafoy dépossédé

de sa fonction de produire l'appendicite. MM. Coyne et Hobbs ont communiqué à la Société de biologie, à la séance du 30 juin 1900, une observation d'appendicite compliquée de péritonite péri-appendiculaire et guérie après opération. Or le pus de la péritonite et celui qui distendait l'appendice contenait un grand nombre de bacilles pyocyaniques et quelques bacillum coli.

Après avoir isolé ces deux microbes sur bouillon on inocula deux lapins et le bacillum coli resta stérile, tandis que le bacillum pyocyanique développait une péritonite septique généralisée d'où les auteurs concluent : Nous nous trouvons en face d'une appendicite d'origine polymicrobienne, mais étant donnée l'innocuité dans le cas particulier du bacillum coli, hôte habituel de l'intestin, nous croyons devoir rattacher les accidents au bacille pyocyanique qui était le plus abondant et dont la virulence nous a été nettement démontrée par le passage sur le lapin.

STATIONS CLIMATÉRIQUES FAVORABLES À LA TUBERCULOSE

MM. Tosvint et Remlinger ont communiqué à la Société de Biologie, séance du 13 octobre 1900, une note que nous ne croyons pas devoir passer sous silence à cause de son importance dans la cure de la phtisie pulmonaire. Un certain courant d'opinion ne reposant jusqu'ici, il faut l'avouer, sur aucun travail bien sérieux, tendait à regarder la terre d'Afrique comme une station favorable à la cure de la phtisie. On citait surtout la Haute-Egypte, Biskra, puis Madère. Cette dernière station, beaucoup plus connue que les autres parce que depuis de longues années elle est fréquentée par les phtisiques, doit être séparée des climats de l'Afrique proprement dite, parce

qu'elle est surtout une station maritime et la seule, à ma connaissance, favorable à la cure de la phtisie; ce qu'elle doit sans doute à l'uniformité extraordinaire de sa température qui reste presque constamment fixée entre 25 et 26 degrés.

Remarquons cependant que si Madère compte un certain nombre de guérisons de phtisie les résultats obtenus dans cette station sont bien inférieurs à ceux donnés par les climats d'altitude.

Mais revenons au continent africain.

Il résulte du travail que nous analysons en ce moment que la phtisie est infiniment plus rare dans le nord de l'Afrique, en Algérie et plus particulièrement en Tunisie, qu'en France. Et, remarque fort importante, c'est que cette action favorable du climat est surtout marquée pour les Européens et non pour la race arabe.

Ce travail s'appuie sur les statistiques de l'armée d'occupation et si on compare la morbidité et la mortalité pour tuberculose pulmonaire des corps d'armée de France et des corps d'armée casernés en Algérie et Tunisie, on voit que cette affection est infiniment moins fréquente dans le nord de l'Afrique que dans la métropole. Il en est de même pour les autres formes de bacillose : tuberculose osseuse, articulaire, péritonéale, méningée et pleurale.

La morbidité par tuberculose acquiert son niveau le plus bas en Tunisie et ce privilège est attribué par le Dr Bertholon à l'absence de chaînes de montagnes en Tunisie entre la mer et le Sahara; d'où une ventilation constante, les déserts brûlants du Sahara jouant le rôle d'une cheminée d'appel et entraînant à travers la Tunisie l'air pur et maritime de la Méditerranée.

La race juive présente une immunité encore plus con-

sidérable que la race européenne à la tuberculose développée dans ces pays. D'où nos auteurs concluent avec raison que la Tunisie est un pays de choix pour la construction des sanatoria de tuberculeux.

INFLUENCE DE L'ALCOOL ET DU BOUILLON SUR LES FORCES MUSCULAIRES.

Sous ce titre : Influence de l'alcool et du bouillon sur le travail, M. Ch. Féré a communiqué à la Société de biologie, séance du 13 octobre, un mémoire fort documenté et très riche en conséquences pratiques.

Influence de l'alcool sur le travail. — Les espériences très minutieuses ont été instituées par M. Destrées et par M. Frey pour calculer l'effet de l'alcool sur le travail musculaire, soit quand le sujet est déjà fatigué, soit au contraire quand il est à l'état de repos. Les expériences ergographiques de M. Destrées démontre qu'une dose de 20 centimètres cubes d'alcool à 45 degrés a un effet favorable immédiat sur le rendement du travail soit à l'état de repos, soit à l'état de fatigue. Les expériences de M. Frey démontre que l'effet favorable n'existe que chez l'homme fatigué.

Nous trouvons que M. Féré résume très exactement la question quand il dit l'ingestion de l'alcool produit une excitation momentanée qui ne compense pas l'effet paralysant consécutif.

Mais la partie originale du travail de M. Ch. Féré est tout autre. Ce physiologiste enseigne que l'alcool est un excitant sensoriel qui manifeste son action à son passage dans la cavité buccale; en sorte qu'une dose d'alcool,

lorsqu'elle est conservée dans la bouche, pour être rejetée plus tard, est plus favorable au travail que lorsqu'elle est avalée.

M. Féré appuie son affirmation sur trois séries d'épreuves ergographiques et d'où il résulte que l'alcool simplement gardé dans la bouche pendant le travail et rejeté ensuite produit la plus grande somme de travail musculaire.

Comme contre épreuve M. Féré a introduit la même quantité d'alcool dans l'estomac à l'aide de sonde et les ergogrammes de la série suivante out été tous plus faibles que les ergogrammes correspondants de la série d'essais, ce qui prouve que c'est par son action dans la bouche que l'alcool augmente la force musculaire

M. Féré va plus loin. Il prétend que le sens de l'odorat est lui-même une source d'excitations musculaires et il a obtenu une augmentation de force par des inhalations d'essence de badiane, d'éther, d'essence d'absinthe et d'essence d'anis. Nous avons été souvent à même d'apprécier chez nos matelots les bienfaits d'un petit verre d'eau-de-vie pendant la tempête. Mais je doute que nous puissions les persuader de se borner à garder l'eau-de-vie dans la bouche et surtout de se contenter de la sentir.

Influence du bouillon sur le travail. — Les hygiénistes comme les médecins n'accordent au bouillon qu'une valeur nutritive insignifiante et néanmoins les uns comme les autres reconnaissent que le bouillon produit chez les sujets fatigués une restauration immédiate c'est qu'en effet le bouillon agit surtout comme un excitant sensoriel.

Cette action très comparable, à celle de l'alcool est soumise aux mêmes lois, c'est-à-dire à la simple action du

bouillon sur la muqueuse buccale par le procédé suivant. Le sujet en expérience prend une gorgée de bouillon qu'il rejette à la fin du premier ergogramme pour la remplacer par une autre et ainsi de suite jusqu'à la fin de la série.

Cette simple action du bouillon sur la membrane muqueuse de la bouche donne une somme de travail et de force musculaire supérieure à celle obtenue après 100 centimètres cubes de bouillon à 45° ingérés dans l'estomac.

Comme je le disais, l'action du bouillon sur le travail musculaire est tout à fait comparable à celle de l'alcool.

Dr WAGNER.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PERFORATION INTESTINALE DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La perforation intestinale se fait ordinairement reconnaître dans le cours de la fièvre typhoïde par un ensemble de symptômes caractéristiques.

Une douleur abdominale subite et violente, d'abord localisée (point de Mac Burney), annonce la perforation; presque aussitôt apparaissent les premiers symptômes de collapsus : la face se grippe, les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs visqueuses, le pouls devient fréquent et misérable, la température s'abaisse. La douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, l'hypéresthésie, la constipation, la rétention d'urine qui

l'accompagnent trahissent l'irritation et la souffrance de la séreuse péritonéale.

La guérison a été signalée sans intervention chirurgicales, mais elle est rare (95 p. 100 de morts d'après Murchison).

M. Mauger a relevé 23 p. 100 de guérison à la suite de l'opération, qui est ordinairement assez simple puisque les lésions sont ordinairement uniques, le point perforé assez accessible et que le siège approximatif de la perforation est connu.

Tant que le collapsus n'est pas absolu, tant que le malade n'est pas à l'agonie, on a le devoir d'intervenir. (*Gazette des hopitaux*, 4 octobre).

Traitement des furoncles par les applications de solution alcoolique d'ichtyol.

Contre les éruptions furonculeuses, notamment lorsqu'elles sont multiples, M. le Dr C. Ullmann, privatdocent de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne, a recours avec succès aux badigeonnages de la partie atteinte au moyen d'une mixture à l'ichtyol formulée comme il suit :

Ichtyol	*ãã*	6 grammes.
Ether sulfurique.		
Alcool dilué		7 —

On rase avec soin la région qui est le siège de la furonculose et on y applique largement, deux ou trois fois par jour, le liquide en question qui, par l'évaporation du dissolvant, laisse déposer sur la peau une couche uniforme et fortement adhérente d'ichtyol pur. Après un certain nombre de badigeonnages, on enlève cette couche au

moyen de l'éther et l'on procède ensuite à de nouvelles applications d'ichtyol.

L'effet thérapeutique de cette médication locale se manifesterait souvent quelques heures après le premier badigeonnage par une diminution rapide de tous les phénomènes inflammatoires. Dans nombre de cas on verrait, au bout de quelques jours de traitement, les furoncles s'affaisser et se dessécher complètement, et on constaterait même la résorption de foyers ayant déjà subi un processus de nécrobiose.

Quand, après un certain laps de temps, il subsiste encore des indurations profondes des téguments, M. Ullmann obtient la disparition rapide de ces infiltrations par des badigeonnages avec la même solution d'ichtyol, mais additionnée cette fois de 1 p. 100 de chrysarobine préalablement dissoute dans un mélange d'éther et d'alcool. (*Semaine médicale*, 12 septembre.)

Le « tamponnement externe » contre les hémorrhagies par inertie utérine.

La compression en bloc de l'abdomen n'a été employée jusqu'ici, pour combattre les pertes sanguines de la délivrance, que d'une manière exceptionnelle et surtout comme adjuvant du tamponnement utéro-vaginal. Or, M. le Dr A. Müller (de Munich) a recours à ce moyen chaque fois qu'une hémorrhagie *post partum* ne cède pas rapidement au massage du fond de l'utérus ou à la compression bimanuelle de cet organe. Dans ce but, il applique sur le ventre un bandage très serré, pratiquant ainsi ce qu'il appelle le *tamponnement externe*.

Pour ce faire, il enroule autour de l'abdomen, jusqu'à

l'ombilic (en ayant soin de laisser les côtes libres, pour ne pas gêner la respiration). un drap de lit dont les deux bouts sont ensuite cousus ensemble. L'espace laissé libre entre ce bandage d'une part et les parois abdominales et les lombes de l'autre, est bourré au maximum avec des serviettes, des mouchoirs de poche, des bas et autres objets analogues, qu'on peut toujours se procurer facilement. Lorsque ce bandage est bien appliqué, l'utérus se trouve comme enclavé derrière la symphyse, et l'hémorrhagie est souvent enrayée du coup. Même lorsque l'écoulement de sang continue, ce procédé en diminue néanmoins l'abondance et permet ainsi à l'accoucheur de prendre, sans se hâter, les mesures nécessaires pour tamponner l'utérus d'une façon aussi aseptique que possible. (*Semaine médicale*, 18 avril).

Chrysarobine contre les verrues.

La chrysarobine serait le remède le plus actif contre les verrues. Pour cela on badigeonne ces productions une à deux fois par jour avec une solution à 10 p. 100 de chrysarobine dans l'éther, puis on enlève successivement les pellicules formées. Ce médicament serait plus actif et donnerait des résultats plus rapides que l'acide salicylique, la résorcine et l'acide lactique.

Les injections intra-uréthrales de cocaïne contre la rétention d'urine d'origine spasmodique.

Dans 4 cas de rétention d'urine par spasme réflexe de l'appareil sphinctérien (à la suite d'une cure radicale de hernie, d'une cure radicale d'hydrocèle, d'une fracture de jambe par choc direct et de contusions multiples sans

lésions de l'urèthre), M. le D[r] L. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, a vu la miction naturelle se rétablir sous l'influence de simples injections intra-uréthrales avec 6 à 7 c. c. d'une solution tiède ou chaude de cocaïne à 2 p. 100. Pour que le liquide injecté pénétrât bien dans la région sphinctérienne, notre confrère pinçait le méat entre deux doigts au moment où il retirait la seringue, et faisait quelques malaxations du canal pendant une ou deux minutes. Bientôt après, le patient pouvait uriner spontanément. La miction ainsi obtenue ne fut jamais suivie d'incontinence.

Les injections uréthrales de cocaïne, pratiquées comme il vient d'être dit, paraissent donc constituer, pour toute une catégorie de cas dans lesquels les cataplasmes et les lavements chauds sont souvent impuissants à vaincre le spasme, un excellent moyen d'éviter le cathétérisme et, par suite, l'infection vésicale qui en résulte si fréquemment. Cependant, ces injections sont contre-indiquées lorsqu'il existe une plaie du canal (rupture de l'urèthre, fausse route), qui permettrait une absorption trop considérable de cocaïne. (*Semaine médicale*, 23 mai.)

Traitement des fistules parotidiennes par des injections de cocaïne dans le trajet fistuleux.

Il y a quelques années, un confrère italien, M. le D[r] G. Guerra, publia un cas de guérison rapide d'une fistule du canal de Sténon par des badigeonnages de la région parotidienne avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100.

Depuis lors, l'efficacité de ce moyen de traitement — qui agirait en produisant une vaso-constriction et l'inhi-

bition des fonctions glandulaires — a été pleinement confirmée chez trois nouveaux malades atteints de fistule de la parotide, et observés, le premier par M. le D[r] Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et les deux derniers en Italie, l'un par M. le D[r] L. Abbamondi, l'autre par MM. les D[rs] E. Madia et G. Abbamondi.

Ces deux derniers confrères eurent recours à une modification du procédé primitif qui mérite d'être signalée, car elle paraît présenter l'avantage d'une action curative particulièrement rapide : au lieu d'appliquer la cocaïne sur les téguments de la joue, comme on l'avait fait jusqu'ici, MM. Madia et G. Abbamondi injectèrent dans le trajet fistuleux, au moyen d'une seringue de Pravaz non munie de son aiguille, une solution à 4 p. 100 de cocaïne dans un mélange à parties égales d'eau et de glycérine. Sous l'influence de ces injections répétées trois fois *pro die*, l'écoulement diminua bientôt pour cesser dès le quatrième jour. Le surlendemain, les orifices interne et externe de la fistule étaient complètement oblitérés.

Les effets vaso-constricteurs de la cocaïne augmentant, comme on sait, avec l'élévation de la température, nos confrères italiens estiment qu'il est possible de guérir les fistules salivaires même en employant une solution à 0.5 p 100, à condition qu'elle ait été chauffée préalablement jusqu'à 50 ou 55°, mais non au-delà, car la cocaïne se transforme en argonine à la température de 60°. (*Semaine médicale*, 23 mars.)

La vaccination comme moyen d'éviter la suppuration des éruptions varioliques.

La période de suppuration constituant le danger princi-

pal de la variole, on s'est toujours préoccupé de trouver un moyen susceptible d'en diminuer l'intensité et la durée. C'est ainsi qu'on avait essayé de mitiger l'évolution des éruptions varioliques à l'aide d'inoculations de vaccin, pratiquées soit immédiatement avant, soit après l'apparition des papules, mode de traitement qui est depuis longtemps tombé dans l'oubli. Or, reprenant ces anciennes expériences, M. le Dr N. I. Kotovstchikov, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Kazan, a constaté que les inoculations de lymphe vaccinale, répétées deux fois par jour à la période prodromique ou au début de l'éruption, ont pour effet de réduire d'une manière considérable la suppuration des papules de la variole. Ces inoculations seraient encore utiles alors même qu'on ne les commence qu'au troisième jour de l'éruption.

Parmi les cas que M. Kotovstchikov a traités de la sorte, trois surtout — dans lesquels les papules étaient confluentes et où tout faisait prévoir une forme grave de variole — ont présenté une évolution très bénigne sous l'influence des inoculations vaccinales. Chez les malades en question, quelques éléments éruptifs siégeant à la face sont seuls entrés en voie de suppuration, tandis qu'au tronc et aux membres, où l'éruption, à cause de son apparition tardive, a pu subir plus longuement l'influence du vaccin, les papules ne se sont pas transformées en véritables pustules, et c'est à peine si l'on a vu se former ici des vésicules remplies d'un liquide clair. (*Semaine médicale*, 18 oct. 1899).

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1900

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DES HÉMORRHAGIES.

La Faculté, par la voix autorisée de son professeur le Dr Vaquez, vient de formuler son enseignement sur l'hémostase en médecine et en chirurgie. Cette leçon, publiée dans la *Tribune Médicale* (31 octobre 1900) contient de telles énormités thérapeutiques que si nous nous taisions *les pierres elles-mêmes parleraient.*

Or comme nous avons la conscience de représenter l'école thérapeuthique la plus nombreuse et j'ajoute la seule qui repose sur des bases vraiment scientifiques, nous prenons la parole.

Voici d'abord les conclusions de M. Vaquez : « En somme on connaît trois médicaments qui aident puissamment à l'hémostase ; ce sont : l'ergot de seigle, la digitale, le sulfate de quinine ; il faut y ajouter l'hydrastis canadensis dont l'action est moins intense » (p. 670). Voilà donc l'arsenal thérapeutique dirigé contre les hémorrhagies :

L'ergot de seigle qui est un vaso-constricteur, la digitale qui est le médicament le plus énergique pour augmenter la pression artérielle quand elle est diminuée, le

sulfate de quinine qui se trouve là, je ne sais à quel titre et enfin l'hydrastis canadensis médicament employé depuis un demi-siècle par les homœopathes et dont l'action anti-hémorrhagique est fort restreinte.

Dans notre Ecole nous employons couramment une vingtaine de médicaments dans le traitement des hémorrhagies. Ces médicaments sont les uns vaso-constricteurs, les autres vaso-dilatateurs ; les uns augmentent la pression artérielle, les autres la diminuent et, pour beaucoup d'entre eux, on ne connaît pas encore leur action précise sur ces phénomènes vasculaires ; mais tous sont *hémorrhagipares*, c'est-à-dire que tous produisent chez l'homme sain des hémorrhagies ;les uns des hémorrhagies pouvant survenir par tous les organes comme le phosphore, l'ipéca, le trillium pendulum et les venins ; les autres localisant leur action sur certains organes, le seigle ergoté sur l'utérus, la térébenthine sur les voies urinaires, l'hamamilis sur les hémorrhoïdes, etc.

Nous pensons être utile à nos confrères en précisant les indications de ces médicaments dans les différentes hémorrhagies. Nous en déterminerons donc les indications en nous basant sur la matière médicale expérimentale et sur la loi des semblables, et chacune de ces indications devra être justifiée par l'observation clinique. Les médicaments énumérés par M. le professeur Vaquez se rencontreront à leur tour dans ce travail. Nous examinerons à ce propos les pauvres explications données par la science officielle pour justifier l'emploi de ces médicaments, mais avant nous devons dire quelques mots de la pathogénie des hémorrhagies, afin qu'on puisse bien comprendre les critiques que nous aurons a présenter.

Pathogénie des hémorrhagies. — Depuis Erophile on

entend par hémorrhagie la sortie du sang par rupture vasculaire. Les modernes ont ajouté à cette définition que dans l'hémorrhagie c'était le sang dans tous ses éléments qui s'écoulait au dehors pour différencier, l'hémorrhagie de certains symptômes dans lesquels la matière colorante du sang était seule expulsée. Enfin une réserve doit être faite pour les hémorrhagies sans rupture vasculaire, par *diapédèse*, comme l'hémorrhagie menstruelle par exemple.

A l'état physiologique la rupture vasculaire n'est pas possible et la pression la plus forte que puisse déterminer la contraction cardiaque ne peut rompre les vaisseaux, non seulement les artères dont les tuniques sont particulièrement fortifiées par une couche de fibres musculaires circulaires qui augmente la force du centre aux extrémités et qui à l'état normal, supporte une pression de 18 centimètres ; cette rupture ne peut encore avoir lieu dans les capillaires dont cependant la forte résistance n'est représentée que par le vernis endothélial et qui supporte cependant une pression estimée à 9 millimètres. Mais dans l'état de maladie cette rupture se produit et elle se produit surtout dans les capillaires et dans les veinules d'origine ; voyons par quel mécanisme.

Comment donc s'opère la rupture vasculaire dans les hémorrhagies ? Trois causes peuvent concourir et à des degrés différents à la production de cette lésion :

Une augmentation de pression intra-vasculaire, une altération morbide des parois des vaisseaux et un état particulier du sang.

Dans l'état pathologique qui produit l'hémorrhagie, la pression artérielle est augmentée avec ce caractère propre qu'elle est augmentée dans un point particulier de l'orga-

nisme qui va devenir le siège d'hémorrhagie : poumon, cerveau, rein, etc... On comprend que la maladie imprime aux phénomènes physiologiques une direction et un caractère tout particulier. C'est la maladie qui, par des lésions définies d'organes, par l'action de toxines, augmente et localise la pression artérielle. Les lésions des organes appellent vers ces organes et y localisent la pression artérielle ; le rôle des toxines est multiple, leur action sur le système nerveux augmente la vaso-dilatation, altère *peut-être* la paroi vasculaire, très souvent produit une altération du sang qui, si elle n'agit pas directement dans l'écoulement de ce liquide, est une condition défavorable pour sa coagulation et l'hémostase.

Dans certaines maladies comme l'hémophilie, les hématoblastes sont considérablement diminués de nombre, ce qui entraîne, d'après les travaux de Hayem, le retard et la difficulté dans la coagulation du sang.

C'est encore la maladie qui agit sur les parois vasculaires produisant ces endartérites ou ces anévrysmes miliaires qui rendent si vulnérables le système vasculaire et prennent une grande part à la pathogénie des hémorrhagies.

La thérapeutique qui s'inspire de la loi des contraires et qui la prend pour règle de ses indications peut-elle trouver dans la pathogénie des hémorrhagies les éléments nécessaires pour tracer le traitement de ces hémorrhagies? Nous ne le croyons pas. Une première difficulté vient de ce que les médicaments qui diminuent la pression artérielle comme l'iodure de potassium, par exemple, n'ont aucune propriété hémostatique. C'est qu'ensuite la loi des contraires est absolument impuissante à indiquer un médicament qui puisse lutter contre l'altération des vais-

seaux et des organes dont le rôle est si important dans la production des hémorrhagies. Le contraire de l'artério-sclérose, des anévrysmes capillaires et des lésions si diverses qui déterminent le siège des hémorrhagies est un non-sens appliqué à la matière médicale. C'est pour cette raison que la thérapeutique officielle, représentée en ce moment par le professeur de la Faculté, arrive à cette conclusion admirable qu'il y a juste trois médicaments capables de combattre l'hémorrhagie, l'un le seigle ergoté qui est un vaso-constricteur, le sulfate de quinine dont il n'y a rien à dire et la digitale sur laquelle nous allons nous arrêter un instant.

Chez l'homme malade la digitale est peut-être le médicament le plus sûr pour augmenter la pression artérielle ; l'histoire clinique de l'asystolie est là pour rendre ma proposition incontestable. Comment donc M. le professeur Vaquez peut-il accorder avec la loi des contraires l'administration d'un médicament qui augmente aussi sûrement la pression artérielle dans un cas où il faudrait la diminuer ?

Ne serait-ce pas parce que la digitale, qui augmente la pression artérielle quand elle est diminuée, la diminue quand elle est augmentée ? Ce serait alors une action homœopathique par excellence. Si, du reste, M. le professeur Vaquez veut se reporter aux effets de la digitale sur les animaux à sang chaud, il pourra se convaincre que l'action physiologique de ce médicament est d'augmenter la pression artérielle quand elle est administrée à petites doses, et de la diminuer au contraire avec les doses fortes ; aussi ce sont les doses fortes, jë dirai même voisines des doses toxiques, qui combattent si efficacement la diminution de pression artérielle qui constitue l'asystolie *similia similibus curantur*.

La discussion qui précède n'a du reste qu'un intérêt théorique, car la digitale est, de l'avis de tous les praticiens, un très pauvre médicament pour arrêter les hémorrhagies.

Le sulfate de quinine, nous l'avons dit, ne mérite pas plus que la digitale la dénomination de médicament antihémorrhagique ; restent donc à l'actif de M. Vaquez deux médicaments : le seigle ergoté dont l'indication, nous le démontrerons, est limitée aux hémorrhagies utérines, et l'hydrastis, qui est un médicament dont les homœopathes se servent depuis cinquante ans.

A l'occasion de ce travail, nous croyons utile de rappeler ici les principaux médicaments employés par l'école de Hahnemann dans le traitement des hémorrhagies, en spécifiant les indications propres à chacun d'eux.

Tous ces médicaments sont *hémorrhagipares*, c'est-à-dire que tous, chez l'homme sain, ont expérimentalement produit des hémorrhagies. La plupart d'entre eux ont une *action élective* sur un ou plusieurs organes en particulier; nous voudrions pouvoir, pour chacun d'eux, indiquer leur action sur la pression artérielle et sur la contraction des vaisseaux, mais la science contemporaine ne nous fournit pas les documents nécessaires pour traiter cette question, et la clinique ne peut attendre que les physiologistes se soient mis d'accord sur les propriétés vaso-constrictives ou vaso-dilatatrices des médicaments, pour traiter les hémorrhagies. Quand je pense qu'il y a quelques années, le professeur Joseph Frank a tenté, par des expériences que je qualifie de mal faites, de renverser les opinions reçues sur l'action de la digitale ; je me félicite de devoir

à Hahnemann une méthode qui me permette de me passer des explications des physiologistes (1).

Pour la description des médicaments employés dans les hémorrhagies, nous suivrons à peu près l'ordre alphabétique.

1° *Aconit.* — Ce médicament abaisse la pression artérielle à dose toxique ; d'après les lois de la pharmacodynamie, je serai autorisé à conclure qu'il élève cette même pression à dose moyenne, puisque tous les médicaments, et je ne connais pas d'exception à cette règle, produisent des effets opposés à petite et à forte dose ; de plus, j'ai démontré, par des expériences sur des animaux que les doses moyennes d'aconit produisaient un mouvement fébrile très caractérisé. Enfin, la matière médicale expérimentale a établi que ce médicament produisait des hémorrhagies chez l'homme sain ; mais la clinique, qui doit toujours avoir le dernier mot en thérapeutique, nous permet de préciser les indications de l'aconit et de placer ce médicament au premier rang dans le traitement des hémorrhagies fébriles.

Les faits observés à l'hôpital Saint-Jacques me permettent de poser cette règle : toutes les fois que, chez un phtisique, le crachement de sang a été précédé et est accompagné d'une élévation de température d'un à deux degrés

(1) Les expériences du professeur Joseph Frank ne peuvent renverser les résultats acquis précédemment sur l'action de la digitale parce qu'elles ont été conduites de telle sorte que l'animal en expérience est tué en quelques minutes ; en raison de ce fait les symptômes propres à la digitale n'ont pas le temps de se développer : parce qu'ensuite le tracé même donné par ces expériences confirme l'opinion reçue que le cœur des animaux empoisonnés par la digitale s'arrête en diastole.

au-dessus de la normale, l'aconit a réussi à arrêter les crachements de sang en même temps qu'il faisait baisser la température. J'ai toujours dans ces cas prescrit XX gouttes de teinture d'aconit à prendre dans la journée.

Or, si on veut bien se rappeler que l'hémoptysie fébrile est considérée comme extrêmement difficile à arrêter, on accordera que les indications thérapeutiques, basées sur la matière médicale expérimentale et sur la loi des semblables, donnent des résultats pratiques bien supérieurs à ceux qui découlent des explications physiologiques incomplètes et contradictoires.

L'épistaxis est encore une hémorrhagie dans le traitement de laquelle l'aconit est indiqué, comme le démontre l'action élective de ce médicament et la facilité avec laquelle il détermine les épistaxis dans le cours des maladies. Les autres symptômes qui confirment l'indication de l'aconit est le pouls plein et dur, la température élevée, la face rouge et turgescente, les yeux brillants, l'agitation et l'anxiété.

2° *Arnica.* — Quoique Nothnagel et Rossbach, avec leur scepticisme accoutumé, classe l'arnica parmi les médicaments superflus, une tradition aussi fournie qu'autorisée considère l'arnica comme un médicament précieux dans le traitement des lésions traumatiques *panacea lapsorum*, et par suite dans celui des hémorrhagies. La matière médicale expérimentale a signalé des hémorrhagies produites chez l'homme sain par l'usage d'arnica. Ce médicament a été surtout employé dans le traitement des épistaxis et des hémorrhagies, principalement quand elles sont d'origine traumatique, mais l'action élective de l'arnica a pour siège le cerveau, et une pratique déjà longue

et universelle recommande l'arnica dans le traitement des hémorrhagies cérébrales.

3° *Cantharide.* — La toxicologie enseigne que l'empoisonnement par les cantharides produit l'hématurie. Ce médicament est donc indiqué dans les hémorrhagies du rein, mais il n'est pas aussi souvent employé que la térébenthine, dont nous reparlerons plus bas ; la cantharide est surtout employée dans le traitement de la néphrite parenchymateuse, dont ce médicament reproduit si parfaitement les symptômes et les lésions chez les animaux. Le traitement des néphrites par la cantharide donne des résultats si constamment heureux qu'un membre de l'Académie de médecine, le Dr Lancereaux, emploie couramment la teinture de cantharide dans le traitement de la néphrite parenchymateuse.

4° *Digitale.* — Nous n'aurions pas parlé de ce médicament dans le traitement des hémorrhagies si le professeur Vaquez ne l'avait cité parmi les trois médicaments sur lesquels il a établi tout le traitement des hémorrhagies. La digitale est un des médicaments qui a l'action la plus constante et la plus énergique sur la pression vasculaire.

Conformément à la loi de pharmacodynamie que je rappelais tout à l'heure, la digitale, au début de son action, augmente la pression artérielle et la diminue ensuite ou encore à petite dose la digitale se borne à augmenter la pression artérielle et à dose toxique elle produit d'emblée une diminution considérable de cette pression et la mort en diastole.

Ces phénomènes alternants et opposés chez les médicaments ont été signalés il y a plus de cent ans en Allemagne et ils sont restés monnaie courante dans notre école ;

mais je trouve utile de confirmer cette grande vérité thérapeutique par le témoignage de deux hommes tout à fait étrangers à notre école. Voici comment Nothnagel et Rossbach résume l'action de la digitale.

« Si la digitale a été prescrite à faible dose on n'observe que la première période, si elle a été administrée à dose élevée la première période est très courte et tout à fait incomplète, tandis que la seconde dure longtemps; enfin si la dose a été mortelle, la troisième période survient avec une très grande rapidité .

« Les phénomènes produits par les faibles doses sont un ralentissement très marqué du pouls et une élévation très considérable de la pression artérielle avec rétrécissement des artères périphériques. Si la dose est élevée sans être toxique accélération constante du pouls et la pression sanguine baisse peu à peu, après de fréquentes oscillations. Enfin, si la dose est toxique, irrégularité très marquée et ralentissement progressif du pouls, la pression baisse de plus en plus et le cœur paralysé cesse en diastole. » (p.691.)

Cette description de l'action de la digitale sur les animaux à sang chaud est tout à fait conforme aux lois de la pharmacodynamie et on la dirait écrite par un élève de Hahnemann. Pour la rendre complète il faut ajouter qu'avec les doses toxiques la rareté du pouls ne s'observe qu'à la fin de l'expérience et est précédée par une période d'accélération comme le démontre les expériences de Joseph Frank.

Que conclure de l'action de la digitale chez l'homme sain pour les indications dans le traitement des hémorrhagies?

La conclusion est qu'elle agit d'après la loi de similitude car, comme elle n'est point administrée à dose toxi-

que, l'action qu'elle déploie dans les hémorrhagies est une augmentation considérable de pression. Or, l'augmentation de pression intra-vasculaire est la condition la plus habituelle des hémorrhagies.

5° *Hamamelis virginica.* — L'hamamelis est un médicament qui a été introduit dans la thérapeutique par les élèves de Hahnemann; les marchands d'orviétan exploitent son action si assurée dans le traitement des hémorrhagies hémorrhoïdaires et des varices.

Les expériences des médecins homœopathes ont démontre que ce médicament produisait chez les animaux à sang chaud une augmentation considérable de la pression artérielle, avec contraction des petits vaisseaux; ce serait donc un vaso-constricteur comme le seigle ergoté.

Chez l'homme sain il produit des hémorrhagies presque par tous les organes.

Ce médicament a été employé à peu près contre toutes les hémorrhagies. On a cru spécialiser son action en disant qu'il était indiqué dans les hémorrhagies abondantes avec sang noir, dans les *hémorrhagies veineuses.*

Ces indications ont certainement un caractère hypothétique et doivent être rejetées par notre école; d'abord le mot hémorrhagies veineuses est malheureux, puisque la pathogénie nous enseigne qu'en dehors du traumatisme, les hémorrhagies se produisent principalement dans les petites veinules qui succèdent au système capillaire; enfin cette caractéristique prêtée à l'hamamelis s'inspire bien plus de l'action de ce médicament sur le système veineux dans les varices et les phlébites que de l'observation.

Il est certain que l'hamamelis a donné des succès dans le traitement des hémorrhagies abondantes, épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies, mais je ne connais pas

d'indications méritant le nom de positives qui doivent faire préférer ce médicament à l'ipéca, au millefolium ou au seigle ergoté. La seule indication qui mérite le nom de positive et qui est chaque jour vérifiée par la clinique est l'indication dans le traitement des hémorrhagies hémorroïdaires. L'action de ce médicament est tellement certaine dans ce cas que quand il échoue on peut conclure que l'hémorrhagie rectale qui résiste à l'hamamelis n'est point une hémorrhagie hémorrhoïdaire; dans ces cas, si on pratique le toucher, on constatera presque toujours l'existence d'un cancer du rectum.

Je le répète, l'action de l'hamamelis est certaine dans le traitement des hémorrhagies hémorrhoïdaires et quand on ne réussit pas, c'est que l'hamamelis est de mauvaise qualité ou que l'hémorrhagie tient à une autre cause que les hémorrhoïdes ou enfin que la dose n'est pas convenable.

Quelle est la dose d'hamamelis que l'on doit prescrire dans le traitement des hémorrhagies hémorrhoïdaires? J'ai eu des guérisons avec la 6ᵉ et la 3ᵉ dilutions, mais très souvent j'ai trouvé cette dose insuffisante; aujourd'hui je commence le traitement par la teinture-mère, j'ajoute que cette dose n'a aucun inconvénient et qu'elle a l'immense avantage de donner un succès immédiat. Je prescris d'abord III gouttes de teinture-mère dans 200 grammes d'eau, deux cuillerées par jour.

Si l'action du médicament est insuffisante ou peu durable j'augmente rapidement les doses et je prescris X, XX et XL gouttes de teinture dans 200 grammes d'eau. J'ajoute que j'ai très rarement été obligé de dépasser la première dose pour obtenir une guérison radicale dans des cas où, d'après l'avis de confrères expérimentés, le

malade n'avait plus que la ressource de l'ablation des tumeurs hémorroïdaires.

6° *Nux vomica.* — La strychnine à haute dose diminue les contractions cardiaques et produit la mort en diastole comme la digitale, mais je n'ai pas trouvé de renseignements sur l'action des petites doses de strychnine sur le système vasculaire.

Dans notre école ce médicament a rarement été employé contre les hémorrhagies. Avant l'introduction de l'hamamelis dans la matière médicale, la noix vomique était souvent prescrite dans les hémorrhagies hémorrhoïdaires. Elle est encore employée quelquefois dans les hématémèses, dans les petites hémoptysies qui surviennent le matin et enfin comme médicament préventif dans les épistaxis habituels.

Comme dose j'ai souvent employé la 6e dilution.

7° *Ipéca.* — L'ipéca, n'en déplaise à M. le professeur Vaquez, est certainement un des meilleurs agents d'hémostase et c'est seulement aux petits enfants qu'il parviendra à faire croire que l'ipéca guéri par son action vomitive ou, comme on a osé le dire encore, par la petite quantité de tannin qu'il contient.

Il faut que l'inintelligence des lois de la thérapeutique soit portée encore à une puissance bien élevée dans le monde médical pour faire passer de semblables explications. Si c'est par l'action vomitive que l'ipéca guérit l'hémoptysie, pourquoi ne pas prescrire l'apomorphine ou simplement de l'eau chaude ! L'ipéca guérit les hémorrhagies parce qu'il les produit chez l'homme sain ; telle est la véritable explication.

Nous croyons inutile de rapporter ici les nombreux faits

empruntés à l'expérimentation ou à l'histoire des ouvriers employés à piler l'Ipécacuanha, expérimentation et histoire qui ont démontré que cette substance déterminait non seulement de la dyspnée mais encore des hémoptysies dans un organisme sain, on trouve aux mêmes sources des exemples d'épistaxis, d'hématémèses, d'hématuries et de métrorrhagies. L'Ipéca est donc un médicament qui a la propriété de produire des hémorrhagies multiples.

La clinique est venue confirmer les données de l'expérimentation. Il existe des observations de guérisons hémorrhagiques de tous les organes par l'Ipéca. A l'exception de Trousseau et de ses imitateurs directs qui administraient l'Ipéca à doses nauséeuses et vomitives, ce médicament a dans toutes les écoles été prescrit à petites doses dans le traitement des hémorrhagies,ce qui réduit à néant l'explieation de l'action thérapeutique de la racine du Brésil par ses effets nauséeux et vomitifs.

J'ai trouvé fort peu de renseignements touchant l'action de l'Ipéca sur la pression artérielle. Les fortes doses d'émétine, principe actif de l'Ipéca, produisent l'affaiblissement du cœur et la mort en diastole.

Nous prescrivons l'Ipécacuanha à la première trituration décimale, 20 à 30 centigrammes à prendre dans les vingt-quatre heures, ce qui représente 2 à 3 centigrammes d'Ipéca. J'ajoute que certains médecins se servent habituellement de la 3e et même de la 6e dilution et ont cependant des succès et si nous préférons la 1re trituration décimale, c'est que nous croyons avoir observé que son action était plus certaine et dans le traitement des hémorrhagies on a besoin d'un médicament qui agisse vite et sûrement.

7° *Ledum palustre.* — Nous avons peu de renseignements sur l'action hémorrhagique du romarin sauvage

chez l'homme et les animaux et nous n'en parlons ici que parce qu'il convient mieux que tout autre médicament à la guérison de certaines hémoptysies. Quand le crachement de sang est abondant avec expectoration de sang écumeux et rutilant, provoqué par une toux remarquablement violente et spasmodique, le Ledum palustre guérit très souvent dans ce cas particulier et nous en avons rapporté des exemples dans nos cliniques. La dose qui nous a réussi est une dose forte : XX et XXX gouttes dans les vingt-quatre heures.

8° *Millefolium*. — Ce médicament conservé dans la tradition médicale est hémorrhagipare au plus haut degré. Cette propriété du millefeuille a été mise en évidence non seulement par Hahnemann, mais par la plupart des médecins qui l'ont précédé.

Le millefolium a été prescrit dans toutes les hémorrhagies et l'expérience clinique nous apprend qu'il réussit surtout dans l'hémoptysie. Et c'est une habitude commune dans notre école de prescrire l'alternance du millefeuille et de l'Ipéca dans le traitement du crachement de sang. Pendant très longtemps je prescrivais la 3e dilution de ces deux médicaments, mais par la raison que j'ai donnée à propos de l'Ipéca, je préfère aujourd'hui employer les doses pondérables. Je prescris ordinairement III gouttes de teinture-mère de millefeuille à prendre dans la journée.

9° *Phosphore*. — Voilà encore un médicament dont la propriété de produire des hémorrhagies dans des organismes sains est indéniable. Les hémorrhagies dues au phosphore ressemblent surtout aux hémorrhagies des fièvres graves et du purpura hemorrhagica ; taches, ecchymoses, collections sanguines sous-cutanées ou intra-arti-

culaires, hémorrhagies par toutes les muqueuses, sont les phénomènes dus à l'empoisonnement par le phosphore.

En clinique nous employons le phosphore dans le traitement des hémorrhagies à siège multiple ; et si ce médicament réussit assez souvent dans ces cas, c'est parce que les hémorrhagies dans le traitement desquelles on le prescrit sont les affections symptomatiques de maladies extrêmement graves. Les fièvres éruptives hémorrhagiques et le purpura hemorrhagica résistent souvent à tous les traitements. La pharmacopée homœopathique nous permet d'employer le phosphore sans exposer nos malades aux accidents d'empoisonnement qui suivaient trop souvent, au siècle dernier, l'emploi d'huile phosphorée. Les trois premières triturations de phosphore nous offre une échelle suffisante pour la posologie de ce médicament. Nous remplaçons souvent le phosphore par l'acide phosphorique.

10° *Platina.* — Ce médicament n'est guère employé que dans notre école et seulement dans la métrorrhagie. Cette indication est basée sur la propriété du platine de déterminer des métrorrhagies chez la femme enceinte. Ici nous n'avons jamais employé que la 6e et la 12e dilution.

11° *Sabina.* — Le Juniperus sabina est encore un médicament dont les propriétés antihémorrhagiques ont été conservées par la tradition ; et, dans ma jeunesse, je me rappelle avoir vu prescrire à Gendrin à l'hôpital de la Pitié 5 centigrammes de sabine par jour pour arrêter les métrorrhagies.

Cazin, dans son histoire si précieuse des plantes médicinales de notre pays, signale des accidents d'hémorrhagies graves, des hémoptysies, des métrorrhagies, un écoule-

ment de sang par différents points du corps survenus chez des femmes ayant pris des feuilles de Sabine à haute dose dans le but de se faire avorter.

Dans notre école, la Sabine est surtout employée dans les métrorrhagies, et dans les métrorrhagies puerpérales son action thérapeutique est très analogue à celle du seigle ergoté. Du reste, comme le seigle ergoté et la rue, cette substance est surtout employée dans le but criminel de produire les avortements. L'action de la Sabine sur l'utérus gravide est incontestable lorsqu'il est employé à doses très élevées; c'est de plus une substance très dangereuse. Il existe dans la littérature médicale bon nombre d'observations de femmes ayant succombé après son emploi.

Dans quels cas doit-on prescrire la Sabine de préférence au seigle ergoté?

Cette question d'une grande importance pratique n'est pas entièrement résolue. Certains médecins prescrivent de préférence la Sabine quand il existe une irritation rectale et vésicale concomitante. Pour moi, la présence de douleurs extrêmement vives dans l'utérus est un signe qui me fait préférer la Sabine au seigle ergoté et tous les médecins sont d'accord pour reconnaître que ce médicament est surtout indiqué dans les grandes hémorrhagies. J'ajouterai encore que très certainement la Sabine est plutôt indiquée pour combattre les avortements et les hémorrhagies qui les accompagnent au début de la grossesse et que le seigle ergoté doit être réservé pour les hémorrhagies puerpérales après le sixième mois.

La dose que nous employons est la 1re trituration décimale 0,20 à 0 gr. 50 dans une potion de 125 grammes, une cuillerée toutes les trois heures.

Terminons en disant que la Sabine est un médicament

dont l'action est absolument certaine et sur lequel on peut compter.

12° *Secale cornutum.* — Dans le traitement des hémorrhagies c'est l'épée de chevet de M. Vaquez. Le seigle ergoté et l'ergotine constitue à peu près tout son arsenal thérapeutique sur ce point particulier. Les propriétés anti-hémorrhagiques de ce médicament s'appuient sur les propriétés physiologiques et en particulier sur son action constrictive des petits vaisseaux. Une fois de plus nous protesterons contre les déductions thérapeutiques tirées d'actions physiologiques mal connues et contradictoires ; ainsi Nothnagel et Rossbach, parlant du seigle ergoté, s'expriment ainsi : « Il n'est peut-être aucun médicament dont les propriétés physiologiques sont aussi vaguement connues. » (p. 742.) Ces auteurs ajoutent un peu plus loin que le « rétrécissement des artères périphériques admis par les auteurs comme un effet positif de l'ergot serait, d'après Zweifel, le résultat de la douleur provoquée par l'injection et le fait d'une action réflexe » (page 44.)

Mais si l'action physiologique de l'ergot est encore mal connue, il existe un nombre considérable de faits cliniques qui nous permettront de reconnaître les propriétés positives de ce médicament.

C'est d'abord l'action incontestable de l'ergot sur l'utérus gravide et exclusivement sur l'utérus gravide. Le seigle ergoté produit à coup sûr des contractions utérines analogues aux contractions physiologiques, mais qui en diffèrent parce qu'elles deviennent continues et tétaniques.

Un autre fait aussi incontestable c'est l'action du seigle ergoté ou de l'ergotine pour arrêter les hémorrhagies post-puerpérales.

Comment l'ergot arrête-t-il ces hémorrhagies? Il les arrête par la contraction de l'utérus et par la réduction de sa cavité. Il agit donc comme les contractions physiologiques de l'utérus après l'accouchement, contractions qui réduisent le volume de l'organe et diminuent sa cavité. Tels sont les enseignements fournis par la clinique sur les propriétés de l'ergot de seigle.

L'ergot de seigle arrête-t-il les hémorrhagies siégeant en dehors de l'utérus et en particulier les hémoptysies? La plupart des médecins répondront que l'action hémostatique de l'ergot dans les hémorrhagies, même extra-utérines, est incontestable. La pratique générale répond à cette théorie et pour beaucoup de médecins la thérapeutique des hémorrhagies se réduit à des injections sous-cutanées d'ergotine et cette pratique s'appuie sur la propriété qu'aurait l'ergotine de faire contracter les petits vaisseaux. Pendant plusieurs années j'ai appliqué les injections d'ergotine au traitement des hémorrhagies et en particulier des hémoptysies et je suis arrivé à regarder ce moyen comme extrêmement infidèle.

En résumé, réservons le seigle ergoté pour le traitement des hémorrhagies utérines et surtout pour les puerpérales.

Dans les hémorrhagies puerpérales la dose doit être forte 0 gr. 50 de poudre d'ergot administrée toutes les vingt minutes jusqu'à 1 gr. 50 ou 2 gr.; en injections hypodermiques, l'ergotinine Tauret serait la préparation préférable, à la dose d'une demi-seringue de Pravaz répétée plusieurs fois s'il est nécessaire.

Dans les hémorrhagies utérines non puerpérales et peu abondantes, comme on les observe quand les lochies se prolongent indéfiniment ou bien encore chez les femmes dont les régles durent trop longtemps, Secale cornutum

agit très bien aux doses que nous avons recommandées pour la Sabine.

13° *Terebenthina.* — Ce médicament est presque exclusivement indiqué dans les hémorrhagies rénales pour deux raisons. La térébenthine est hémorrhagipare, c'est-à-dire qu'elle produit des hémorrhagies chez l'homme sain; de plus ce médicament a une action élective sur le rein.

La dose varie de quelques gouttes de la 1[er] décimale à la 3[e] dilution, c'est ùn médicament sur lequel on peut compter.

14° *Thlaspi bursa pastoris.* — Notre école a retrouvé dans la tradition médicale la bourse à pasteur comme un médicament hémostatique extrêmement précieux et Galien avait déjà noté l'action élective de cette plante sur la matrice. Dioscoride fait du Thlaspi, en même temps qu'un médicament propre à arrêter les hémorrhagies, un abortif et un emménagogue. A chaque page de la tradition on trouve signalées les propriétés antihémorrhagiques de cette plante, hémorrhagie nasale, hématurie, mais surtout métrorrhagie. J. P. Tessier employait couramment ce médicament dans le traitement des hémorrhagies symptomatiques des corps fibreux. Je dois à ce médicament de beaux succès dans les ménorrhagies des jeunes femmes et des jeunes filles.

Je ne l'ai jamais employé qu'à dose pondérable : XX à XL gouttes de la teinture mère dans une potion de 200 gr., une cuillerée toutes les deux heures.

15° *Trillium pendulum.* — Cette plante commune en Amérique appartient à la même famille que le muguet et contient des glucosides analogues à ceux qu'on rencontre dans la digitale.

Ce médicament a surtout été étudié par les médecins homœopathes des Etats-Unis. Il a la propriété de produire des hémorrhagies par tous les organes : épistaxis, hématémèses, dysenterie très sanguinolente, métrorrhagie et hémoptysie. D'après Hale, ce médicament est indiqué contre les hémorrhagies excessives avec face pâle, extrémité froide, anxiété et lipothymie. Les médecins américains donnent encore comme symptômes, indiquant l'emploi du trillium, les grandes métrorrhagies de l'âge critique, la présence de caillots fétides dans le sang des métrorrhagies, enfin l'absence de douleur. Voilà un médicament que M. le professeur Vaquez a bien eu tort d'oublier dans sa nomenclature. Les doses employées sont la teinture mère et les premières dilutions.

16° *Venins.* — Les venins, principalement ceux fournis par les vipéridés, produisent des hémorrhagies à sièges multiples. Ils ont la propriété d'abaisser la tension artérielle au moins à forte dose. Dans notre école ils sont rarement employés comme hémostatiques. Ils sont indiqués principalement dans le traitement du purpura et des hémorrhagies des fièvres graves.

J'ai omis de parler dans cette note d'un certain nombre de médicaments qui ont été prescrits dans le traitement des hémorrhagies. Je n'en ai pas parlé parce qu'ils ont été très peu employés et que les observations cliniques font presque complètement défaut.

L'histoire des 16 médicaments qui précèdent est très suffisante pour la pratique médicale, en même temps qu'elle montre à un degré, sur lequel je ne veux pas insister, les pauvretés thérapeutiques d'une école qui est aussi vaine que ses prétendues connaissances en matière médi-

cale et en pharmacodynamie, qu'elle est intolérante envers les véritables maîtres de la thérapeutique.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

De la rétinite albuminurique comme élément de pronostic de l'albuminurie

Par une coïncidence assez rare, je viens d'avoir, à quelques mois de distance, l'occasion d'observer trois rétinites albuminuriques, de nature différente, qui m'ont permis de porter sur chacune des affections rénales qui leur avait donné naissance, un pronostic que l'avenir a vérifié.

Comme cette affection intéresse autant et plus, peut-être, le médecin que l'oculiste proprement dit, je crois utile de relater l'observation détaillée de ces trois malades.

Les cas dans lesquels nous sommes appelés à traiter des rétinites albuminuriques sont encore relativement assez rares, ce qui tient à plusieurs raisons.

Souvent, en effet, l'affection locale, effacée ou mise au second plan par des symptômes généraux plus sérieux, passe inaperçue ou est volontairement négligée par le malade et quelquefois même par le médecin.

Dans les cas où le malade guérit de son affection rénale et où la diminution de la vue le décide enfin à venir nous trouver, il est généralement trop tard pour intervenir et nous ne pouvons que constater des dégénérescences graisseuses ou scléreuses de la rétine contre

lesquelles la médication est le plus généralement impuissante.

J'ai précisément sous les yeux, en ce moment, un jeune homme venu, il y a un mois (1) environ, à la consultation de l'hôpital Saint-Jacques et chez lequel j'ai diagnostiqué une rétinite albuminurique ou, pour parler plus exactement, les résultats d'une rétinite albuminurique survenue au cours d'une scarlatine, dont le malade est aujourd'hui guéri. J'ai fait faire l'analyse des urines qui n'ont décélé nulle trace d'albumine; par contre, la mère du jeune homme se souvient très bien que les urines, à un moment donné, en ont contenu, sans qu'elle puisse toutefois s'en rappeler les proportions.

Quoi qu'il en soit, les traces désormais indélébiles d'altérations oculaires sont là pour affirmer la relation de cause à effet entre l'affection rénale et la lésion du fond de l'œil. Ce sont, à gauche, quelques fines stries blanchâtres étoilées qui, n'ayant pas atteint la macula, qu'elles circonscrivent à la façon d'une couronne, ont laissé subsister, de ce côté une vision à peu près normale, et c'est aussi malheureusement, à droite, une dégénérescence, de même nature, mais beaucoup plus accusée et plus étendue, qui a fait baisser l'acuité visuelle de 1 à 1/20, environ de la normale.

J'ai essayé et j'essaye encore une médication tendant à fortifier les parties restées saines de la rétine et à limiter, autant que possible, les zones d'atrophie, mais, ainsi que j'en avais, dès le début, manifesté la crainte, ni le *platine*, ni le *cannabis*, ni la *nux vomica* n'ont encore produit de résultat bien appréciable.

(1) Nota. — Cet article a été rédigé au commencement de l'année 1899.

C'est que l'affection (qui, à la période inflammatoire, eût pu être traitée avec chances de succès) n'offre plus aujourd'hui que des altérations régressives et scléreuses qui rendent, comme je le disais tout à l'heure, la médication très aléatoire.

Avant de passer à la description détaillée des trois cas annoncés plus haut, qu'on me permette de rappeler deux cas, déjà anciens (le premier date de plus de treize ans et le deuxième de onze) qui ont été déjà publiés, je crois, et que se rappellent très sûrement les confrères qui en ont été témoins avec moi.

Le premier, dont je dois l''observation à mon ami, le Dr Claude, avait trait à un malade de 60 ans environ atteint d'une néphrite parenchymateuse qui, après avoir été plutôt modérée, avait pris brusquement un caractère malin et donné lieu à des accidents cérébraux de nature apoplectiforme.

Lorsque j'examinai le malade à l'ophtalmoscope, je découvris sur les deux rétines des foyers multiples de dégénérescences et d'hémorrhagies variées, les unes en flammèches, suivant le trajet des vaisseaux et les autres plus étendues formant de larges taches arrondies d'un rouge vif, dont la coloration s'accentuait de toute la décoloration ambiante.

Le nerf optique, injecté et comme infiltré de sérosité roussâtre, avait des contours flous qui le différenciaient à peine de la rétine avoisinante.

Devant de telles altérations je n'hésitai pas à porter un pronostic absolument défavorable, non seulement au point de vue de la lésion oculaire, mais encore touchant l'affection rénale.

Mes prévisions se réalisèrent d'ailleurs de point en point; car malgré les soins dont on entoura le malade, il succombait le surlendemain à des complications urémiques.

Presque semblable fut le cas de ce petit malade dont les lecteurs du *Bulletin* se souviennent peut-être encore, car il fut relaté par le Dr Love qui en fut témoin avec moi.

Je le rappelle en quelques mots. Il s'agissait d'un enfant atteint de scarlatine et chez lequel les symptômes s'étaient amendés au point de faire espérer une très prochaine guérison. Tout à coup survinrent des troubles oculaires, par lesquels je fus appelé. Je diagnostiquai une rétinite albuminurique grave et, en effet, quelques jours après l'enfant mourait, emporté par la néphrite.

Ces quelques souvenirs rappelés, entre temps, pour montrer combien est fréquente et grave parfois, au point de vue du pronostic, la rétinite albuminurique, je vais rapporter avec tous les détails nécessaires, l'histoire des trois malades dont j'ai parlé plus haut.

Observation I.

Anna T..., 37 ans, cuisinière, m'est adressée à ma clinique, le 12 avril 1898, par un de mes confrères, qui suppose sa malade atteinte de rhumatisme oculaire. Depuis quelque temps, en effet, dit la note annexée à la carte de recommandation, la malade ressent de violentes douleurs de reins, ainsi que des douleurs dans la tête et dans l'estomac. Elle a d'ailleurs eu déjà, quelques années auparavant, une attaque de rhumatisme dans le genou droit et l'épaule gauche.

Les conjonctives sont un peu rouges, mais d'une rou-

geur qui n'a rien de la teinte lie de vin des sclérotites rhumatismales, ni de la roseur brillante des conjonctivites (très rares d'ailleurs) de même nature. Du reste, il existe de la sécrétion muco-purulente qui, dans ces deux dernières affections, fait généralement défaut, et après m'être assuré que la malade pleure d'une façon presque continue, je diagnostique une vulgaire conjonctivite de nature lacrymale.

Cette conjonctivite, bien entendu, n'est qu'un phénomène tout à fait secondaire et qui n'est pour rien dans la grande diminution de la vision accusée par la malade.

L'amblyopie s'est, paraît-il, déclarée assez brusquement et nulle des médications antiphlogistiques ou révulsives employées par mon confrère, — qui est allopathe — n'a réussi à l'amender.

Au moment où la malade vient me trouver (12 avril 1898), je constate, au moyen de l'échelle métrique de Snellen, que la vision est tombée, à gauche, à 1/50 environ de la normale, tandis qu'à droite elle est d'environ 1/10e.

Le champ visuel, presque impossible à déterminer à gauche, donne, à droite, des lacunes considérables, en même temps que, d'une façon générale, existe un rétrécissement périmaculaire.

Les couleurs semblent être encore régulièrement perçues.

L'examen de l'œil en lui-même donne les renseignements suivants : en dehors de la rougeur conjonctivale, œdème léger des paupières, aux deux yeux ; la cornée est saine, ainsi que l'iris ; la pupille moyennement dilatée réagissant assez faiblement aux incitations lumineuses ou accommodatives.

A l'ophtalmoscope, je constate une double rétinite albuminurique typique.

A gauche, d'énormes plaques blanchâtres, en grande partie réunies les unes aux autres, forment autour de la papille une sorte de large collerette blanche, déchiquetée et irrégulière, au milieu des mailles de laquelle tranche, le rouge vif d'exsudats hémorrhagiques récents et nombreux.

Le nerf optique rouge, et enflammé, comme dans les névrites essentielles, est peu gonflé, mais présente des bords diffus et comme voilés par un exsudat transparent.

Enfin, autour de la macula, se voit une seconde couronne de points blanchâtres (plus brillants que la plupart des plaques péripapillaires), au milieu desquels se remarque une tache un peu plus grande affectant la figure d'un petit rein.

Il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic de l'affection oculaire et je renvoie la malade à mon confrère, sans lui cacher que l'examen ophtalmoscopique me fait porter, — en dépit d'apparences générales plutôt bénignes — un pronostic très sérieux sur la gravité de sa néphrite.

J'ajoute que l'examen des urines — non encore fait jusqu'alors, — est indispensable.

Cet examen, dont on m'apporta le résultat huit jours après, ne décela par litre que 1 gr. 50 d'albumine.

Nèanmoins, malgré cette faible quantité, je persistai dans mon pronostic, et l'événement ne tarda pas à me donner raison, car, quelques semaines après, la malade était emportée par une endocardite que l'on mit sur le compte du rhumatisme (malgré qu'un examen antérieur

n'en eût pas montré trace), mais qui, pour moi, fut un épiphénomène de la maladie de Bright.

Observation II.

M. de S..., 48 ans, rentier, ancien officier, habitant près de Blois, m'est adressé en septembre 1898 par sa belle-sœur, ma cliente.

M. de S..., qui a été un grand chasseur, est resté un grand buveur et lui-même avoue que l'alcool entre pour une grande part dans son alimentation journalière.

Il y a deux ans et demi environ, à la suite d'une battue où il fut trempé jusqu'aux os, il fut contraint de s'aliter, atteint d'une congestion pulmonaire qui, traitée par des saignées et des dérivatifs allopathiques, céda au bout d'une quinzaine, le laissant toutefois très affaibli et fort anémié. « Moi qui étais presque toujours rouge, me dit le malade, je devins tout à coup très pâle et je perdis toutes mes forces.

Croyant à de l'anémie, M. de S... pensa bien faire en prenant force fer et quinquina sans oublier naturellement l'alcool sous toutes ses formes.

Comme, en dépit de ce régime, la faiblesse persistait, qu'il avait des troubles digestifs continuels, des maux de reins, des vertiges et de la céphalalgie, il se décida à venir à Paris et consulta un médecin des hôpitaux qui diagnostiqua immédiatement une maladie de Bright.

L'analyse de l'urine ne donna cependant, à ce moment, qu'une dose très minime d'albumine, 1 gr. 20 environ (croit-il se rappeler).

Sous l'influence d'un traitement énergique aidé du régime lacté, le malade reprit un peu de forces et de couleurs, mais étant retourné dans sa gentilhommière, il y

reprit sa vie d'excès et retomba au bout de peu de temps.

L'œdème qui avait été primitivement borné aux paupières et qui d'ailleurs avait été très fugace, s'aggrava et tendit à se généraliser.

En même temps sa vue, qui avait toujours été jusque-là très bonne, commença à baisser dans des proportions inquiétantes.

C'est dans ces conditions qu'il décida de revenir à Paris une deuxième fois et qu'il me fut amené en septembre 1898.

En examinant la réfraction du malade, je constatai que la vision était tombée, sur les deux yeux, à 1/3 environ de la normale.

A l'ophtalmoscope je trouvai une rétinite albuminurique typique avec lésions presque également, et surtout presque symétriquement réparties sur les deux yeux, ce qui est assez rare dans l'espèce, l'affection oculaire étant généralement plus accusée d'un côté que de l'autre.

C'est ainsi que les deux macula étaient circonscrites par une couronne à forme étoilée de taches d'un blanc éclatant, et que la papille s'entourait d'une deuxième couronne de plaques larges, cette fois, et irrégulières, entremêlées, aux régions supérieure et inférieure, de taches hémorrhagiques d'un beau rouge, affectant presque toutes la forme de flammèches et suivant en grande partie le trajet visible des vaisseaux rétiniens.

En outre la papille était comme noyée à son pourtour, dans une suffusion gris-rosé qui en effaçait un peu les contours.

Enfin les veines, très hypérémiées, semblaient, par places, comme soulevées et leur ensemble affectait, comme

l'a très justement fait remarquer de Wecker, la disposition d'un infundibulum dont le sommet répond à leur point d'émergence.

La différence de coloration des plaques et des petites taches blanchâtres indiquait manifestement que les premières, plus ternes étaient dues à la dégénerescence graisseuse des couches granuleuses, tandis que les secondes, nacrées, striées et rayonnant vers la tache jaune, reconnaissaient pour cause une sclérose des éléments nerveux superposés aux vaisseaux rétiniens.

Je ne cachai pas au malade que son affection oculaire était sérieuse, mais que, survenue secondairement et comme manifestation locale au cours d'une néphrite, elle devait rester subordonnée au traitement de l'affection générale.

Comme le malade se refusait à suivre à nouveau un traitement général allopathique et que ses yeux, disait-il, le préoccupaient plus que sa vie, je lui donnai le traitement qu'a préconisé Criquelion, de Mons, à savoir : *Arsenic*, *Phosphore* et *Aurum Muriaticum*, alternés de deux heures en deux heures, et pour augmenter la tension intraoculaire affaiblie, et qui me faisait craindre des troubles vitréens ou même un décollement de la rétine, je prescrivis l'instillation dans l'œil, trois fois par jour, d'un collyre au sulfate neutre d'atropine à la dose de 0 gr. 005 milligrammes pour 5 grammes.

Et naturellement je mis le malade au régime lacté, et au repos absolu, lui recommandant de ne plus boire d'alcool et de fumer le moins possible.

Le résultat immédiat parut très satisfaisant, l'albumine diminua dans les urines ; le malade reprit des forces et commençait à croire qu'il guérirait complètement. Mal-

heureusement, lorsque je le revis quinze jours après, je constatai de nouvelles plaques et de nouvelles flammèches hémorrhagiques ; aussi portai-je, *in petto*, un pronostic défavorable quant même.

Ne voulant pas garder la responsabilité d'une affection générale qui nécessitait des soins spéciaux assidus, je priai la parente de M. de S... de venir me voir, et je lui dis que, malgré l'amélioriation survenue, je le considérais comme très malade et l'engageais à le faire soigner sérieusement.

J'ajoutai que le traitement des yeux pouvait être continué concurremment, ce qui finit par décider M. de S.

Il retourna voir le médecin des hôpitaux qui l'avait traité la première fois ; et ce dernier l'assura que s'il se soignait bien, au bout de quelques semaines, il retournerait guéri en son château.

Cet optimisme, que j'aurais voulu pouvoir partager, ne changea en aucune façon mon pronostic, car à chaque visite, et malgré que la vision centrale restât à peu près indemne, je constatais de nouvelles hémorrhagies, en même temps que la suffusion péripapillaire se faisait plus rosée et plus dense. Il y avait là, en somme, un état apoplectiforme et congestif qui devait, à mon avis, avoir fatalement un jour ou l'autre sa répercussion sur l'état général.

Cependant le malade se sentait toujours faible et avait des essoufflements fréquents, malgré qu'il n'y eût pour ainsi dire pas d'œdème.

Il y avait près de trois semaines que durait cet état, considéré par moi comme anormal, lorsqu'un jour, j'appris par ma cliente que son parent avait eu l'avant-veille une attaque d'apoplexie qui l'avait emporté.

Observation III

La troisième observation est, en quelque sorte, la contre-partie des deux précédentes.

M. G..., peintre en bâtiments, dont j'avais autrefois soigné la petite fille au dispensaire Love, et que j'avais eu l'occasion de voir plusieurs fois à ce moment, vient me trouver à la clinique pour un affaiblissement très prononcé de la vue survenu très rapidement, et qui l'empêche complètement de se livrer à ses travaux habituels.

Le malade est très pâle, mais chez les peintres cette pâleur est tellement de règle que ce symptôme n'a pas grande valeur en l'espèce. Je constate en outre un œdème, non seulement de la face mais des membres inférieurs.

Je lui demande s'il s'est fait soigner, et il me répond qu'il est en ce moment en traitement avec le Dr Ch... qui considère son état comme très sérieux. L'analyse des urines, qui a été faite quelque temps auparavant, décèle la perte véritablement effrayante de 23 grammes d'albumine par vingt-quatre heures. L'urée est à 9 grammes et le microscope a démontré la présence de cylindres hyalins et graisseux.

Bref, il s'agit là d'une albuminurie sérieuse, je m'attends à trouver des lésions également très graves dans le fond de l'œil.

L'examen ophtalmoscopique, pratiqué séance tenante, me montre une névro-rétinite assez accusée avec quelques rares hémorrhagies.

Dans la région centrale, vers la tache jaune, les fibres de Muller sont congestionnées, et une couronne gris blanchâtre à forme étoilée se dessine autour de la macula.

J'ajoute, au traitement prescrit par mon confrère, des

instillations d'ésérine, et Plumbum qu'il alterne avec les autres médicaments, et je le prie de revenir me voir au bout de huit jours.

C'est sa femme qui vient à sa place, me priant de passer le voir, attendu qu'il a été obligé de s'aliter complètement, son état s'étant aggravé au point que l'on désespère presque de lui.

Je vais le voir, et suis très surpris de constater à l'ophtalmoscope une résorption assez accusée des hémorrhagies, et un éclaircissement très prononcé de la région maculaire.

Je rassure le malade, très affecté, et je prends sur moi de dire à sa femme que très vraisemblablement son mari s'en tirera, en dépit des apparences.

Un mois et demi durant, les symptômes généraux persistèrent avec des alternatives d'aggravation et de diminution, mais enfin, peu à peu, l'enflure diminua, les forces revinrent, l'albumine disparut progressivementdes urines, et aujourd hui l'on peut considérer le malade comme guéri de sa néphrite.

Comme complément à cette observation rédigée au commencement de 1899, j'ajoute aujourd'hui, 24 octobre 1900, que j'ai eu l'occasion de revoir le malade à la fin de l'année dernière, avant qu'il ne partît à Lunéville où l'appelaient des intérêts de famille, et à ce moment il était aussi bien que possible, et se livrait sans fatigue à ses anciens travaux.

Quelle conclusion tirer de ces trois observations ? Certes, il est des cas, malheureusement encore assez fréquents, où l'examen des membranes profondes nous trompe, ou tout au moins ne nous donne pas des renseignements suffisamment nets pour décider du pronostic; mais on

peut dire néanmoins que souvent l'examen approfondi des lésions oculaires, et surtout la marche qu'elles revêtent, peut nous donner des indications réelles sur la marche de l'affection générale qui leur a donné naissance.

D[r] DANIEL PARENTEAU.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

IODISME

SYMPTOMES DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE. — Dépresseur de la circulation, l'iodure peut entraîner à la longue une sorte d'asthénie du cœur qui se traduit par la faiblesse du pouls, la tendance aux œdèmes, etc. M. Huchard a décrit sous le nom d'*asystolie iodique* un syndrome analogue à celui de l'asystolie par lésions valvulaires. M. Ferrand a mentionné à la Société de thérapeutique (13 nov. 1895) une observation du D[r] Pauchon, d'un goitreux qui mourut à la suite d'accidents déterminés par un traitement ioduré intensif (4 grammes par jour). Le malade fut pris au bout de trois semaines d'angoisse précordiale, de palpitations violentes, et l'examen révéla un cœur tachycardique et, de plus, arythmique, il existait de la cyanose. Malgré la suppression du traitement, tous les symptômes s'exagèrent et le malade succomba avec tous les signes d'une paralysie cardio-pulmonaire (œdème, irrégularité du pouls, dyspnée violente, cyanose et refroidissement généralisés).

Il est à remarquer que Prévost et Lebert ont signalé l'intolérance comme particulièrement fréquente chez les goitreux.

Les accidents de cette gravité sont fort heureusement des plus rares. Les seuls troubles fonctionnels que l'on observe d'ordinaire du côté du cœur sont les *palpitations*.

Les *hémorragies* sont assez fréquentes au cours de l'iodisme ; nous déjà avons cité le purpura, les épistaxis, les hémoptysies. Le flux hémorroïdaire se manifeste chez les sujets prédisposés.

Les hémorragies gravés sont vraisemblablement sous la dépendance d'altérations du sang.

Dans un cas, M. Hallopeau a vu survenir l'hémorragie protubérantielle.

Symptomes de l'appareil digestif. — L'iode donne une haleine fétide et les malades qui en absorbent se plaignent d'avoir une saveur salée métallique, surtout à jeun.

Il se produit d'abord un peu de sécheresse de la bouche, mais bientôt après un peu de salivation.

Du côté de la bouche, on observe parfois une légère *gingivite* qui se caractérise par du gonflement des gencives; celles-ci saignent facilement.

Un cas de *stomatite* grave a été relaté par Schomberg (1896).

On a signalé des *glossites* : la langue est tuméfiée, quelquefois ulcérée ; on l'a vue pendre hors de la bouche (Fenwick).

Enfin, l'*angine* peut exister, habituellement associée au coryza, à la conjonctivite ; les amygdales, la muqueuse pharyngée sont rouges, œdématiées.

L'inflammation du pharynx peut envahir la trompe d'Eustache (Veissly).

Plus importantes sont les manifestations du côté des *glandes salivaires* qui sont d'ailleurs rares. Lawrius. Adair,

Pellizzari ont signalé l'inflammation des glandes sous-maxillaires; Bœhm, Rose, Reynier, Balzer, Villar, G. Sée, Comby, Jallot, Renault et Salmon, etc., celle de la parotide.

Dans le cas de Villar (*France méd.*, 2 juin 1887), le gonflement parotidien survint le premier jour du traitement ; 3 grammes d'iodure avaient été absorbés.

On a cité des cas de parotidite fort graves et même mortels. MM. Rénon et Folet ont observé une parotidite double, chez un homme de 51 ans, à la suite d'application de teinture d'iode sur la poitrine ; dans un cas de Guelliot, l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle fut suivie d'un gonflement parotidien de courte durée. Une femme, après avoir pris, pendant huit jours, 50 centigrammes d'iodure de potassium, fut prise, le lendemain du jour où elle cessa la médication iodurée, d'une sialorrhée qui augmenta progressivement, durant un mois, tout en offrant cette particularité de ne se montrer que le jour et de cesser pendant le sommeil (Triboulet).

Il est à remarquer que le gonflement parotidien peut également avoir une longue durée et persister longtemps après la cessation du traitement.

L'iodisme peut déterminer de l'*odontalgie*, principalement chez la femme. Cette odontalgie est parfois assez violente pour obliger à suspendre le traitement.

L'*œsophagisme* a été signalé.

Les *troubles gastriques* sont les plus fréquents parmi les déterminations digestives de l'iodisme. Ils se caractérisent habituellement par une sensation de pesanteur au creux épigastrique, par des crampes d'estomac.

Les vomissements ne surviennent que dans des cas relativement rares ; on les a mis sur le compte de l'impu-

reté du médicament (présence d'iodates ?). Ils sont parfois le fait d'une administration défectueuse de l'iodure ; lorsque le sel est absorbé à jeun ou en solution trop concentrée, il est mal toléré.

Le *foie* pourrait être touché en certains cas ; Contato a signalé l'ictère.

L'*intestin* est habituellement respecté ; on a cependant mis certaines diarrhées sanguinolentes sur le compte de l'iodisme.

SYMPTOMES DU SYSTÈME NERVEUX. — Les manifestations nerveuses de l'iodisme sont assez nombreuses, mais presque toutes localisées à l'encéphale ; en tous cas peu accentuées.

Les facultés psychiques peuvent être atteintes de différentes façons ; ce sont habituellement les symptômes de dépression qui dominent : la *mémoire est affaiblie* ; les malades éprouvent de la difficulté à rassembler leurs idées ; ils sont parfois somnolents.

Les symptômes d'excitation sont plus rares ; l'*insomnie* a été mentionnée dans un assez grand nombre de cas. Exceptionnellement peut éclater un *délire furieux*, suivi de coma et de mort (Rendu).

La sensibilité est surtout affectée, outre la *céphalalgie* localisée aux sinus frontaux, qui est en rapport avec la propagation du coryza à ces sinus, on peut observer une autre variété de céphalalgie à siège variable, assez souvent frontal, quelquefois occipital ou temporal ; parfois il s'agit d'une simple lourdeur de tête, dans d'autres circonstances, le malade se plaint d'éprouver des douleurs térébrantes violentes.

La lourdeur de tête peut persister pendant toute la durée

du traitement ; mais, habituellement, elle disparaît rapidement, après s'être manifestée dès le début. Les différents médicaments antinervins échouent contre cette céphalalgie dont Briquet (d'Armentières) évalue la fréquente à 20 ou 25 p. 100 des cas.

On peut observer des *névralgies* dans le domaine des nerfs craniens : névralgie sus et sous-orbitaire, névralgie dentaire, etc.

Jacquet a vu deux fois une névralgie du facial survenir sous l'influence de l'iodisme.

On a encore signalé des « algies » en différents points du corps : pleurodynie (Wallace), douleurs osseuses, articulaires, rétro-sternales.

Le système moteur ne paraît pas atteint, bien que l'on ait signalé des soubresauts de muscles et de tendons, une certaine incertitude des mouvements, du tremblement des mains (Gairdner).

SYMPTOMES DES ORGANES DES SENS. — Des différents organes des sens, l'œil est à peu près exclusivement touché par l'iodisme, bien que l'on ait signalé quelques *bourdonnements d'oreille*.

La *conjonctivite iodique* est, avec le coryza qu'elle accompagne toujours, l'une des manifestations les plus fréquentes de l'iodisme, la conjonctive est rouge, baignée par les larmes (on a signalé le *larmoiement* indépendant de la conjonctivite, dû à l'hypersécrétion des glandes lacrymales).

Dans les cas intenses, la conjonctivite va jusqu'au chémosis œdémateux, et les paupières sont infiltrées par un œdème blanc, quelquefois rosé et ecchymotique. On a signalé des *troubles de la vue*, de la diplopie, etc.

Symptomes des organes glandulaires. — Nous avons déjà signalé l'hypersécrétion des glandes salivaires, lacrymales. La sécrétion lactée, par contre, est diminuée par l'emploi de l'iodure, mais l'atrophie des mamelles, celles des testicules (Cullères, Diday) n'existe pas en réalité; Ricord, Fournier, d'autres encore l'ont contestée. Le corps thyroïde, dont l'affinité pour l'iode est bien connue, se tuméfie parfois au cours d'un traitement ioduré.

Symptomes des organes génitaux-urinaires. — L'urèthre est parfois le siège d'un *écoulement* séro-muqueux peu abondant, limpide, qu'en raison de ses caractères objectifs et de sa disparition coïncidant avec la suppression du traitement on ne prendra pas pour une blennorrhagie, à défaut même d'examen bactériologique de la goutte.

Le rein et la vessie ne sont guère atteints par l'iodisme, bien que l'on ait signalé la *dysurie*, le *ténesme vésical*, les *hématuries* et l'*albuminurie* (Zimmermann, Gubler) avec présence de cylindres hyalins et épithéliaux dans l'urine.

Contrairement à ce que l'on a prétendu, l'iodure de potassium ne prédispose pas à l'avortement, mais il peut déterminer des *métrorragies*, aussi est-il indiqué d'en suspendre l'emploi pendant les périodes menstruelles chez les femmes qui perdent beaucoup.

Formes cliniques. Evolutions des accidents. — L'iodisme peut affecter une marche aiguë ou une marche chronique.

Iodisme aigu. — La forme aiguë habituelle est celle qui revêt l'aspect de la grippe : le malade est pris d'enchifrènement et d'éternuements répétés ; le nez est tuméfiée, tendu et rouge, et la lèvre supérieure, rapidement irritée par l'écoulement nasal, est également tuméfiée. La figure est vultueuse, violacée, les paupières sont boursouflées;

œdémateuses, la conjonctive est rouge et le larmoiement continuel. A ces symptômes s'ajoutent des douleurs névralgiques violentes, et chez les sujets nerveux une agitation plus ou moins intense.

L'existence de la fièvre contribue à rendre frappante la ressemblance de ce syndrome avec l'attaque de grippe.

L'acné est la seule manifestation cutanée de l'iodisme aigu bénin.

Dans des circonstances beaucoup plus rares, l'iodisme aigu se localise sur le larynx, les bronches et le poumon; nous ne reviendrons pas sur la description déjà faite des accidents soudains et si graves de l'iodisme laryngé.

Une autre modalité grave ou du moins intense de l'iodisme aigu est caractérisée par les manifestations insolites du côté de la peau que nous avons signalées.

Fort heureusement les accidents habituels de l'iodisme ne prennent que rarement ces proportions excessives. Tout se borne au coryza, au larmoiement, etc., accidents plus gênants que graves. Encore se dissipent-ils, le plus souvent, au bout de quelques jours; de plus, ils ne récidivent pas fatalement à chaque reprise du traitement.

Iodisme chronique. — L'iodisme chronique se caractérise principalement par un amaigrissement rapide et progressif, par des palpitations, de l'accélération du pouls, de l'agitation, de l'insomnie, de la faiblesse générale. Les malades ont du coryza, de la toux et présentent de l'acné. Il en résulte une cachexie spéciale qui disparaît d'ailleurs avec la suspension de sa cause. Quelle que soit l'intensité ou la forme des accidents iodiques, ceux-ci se manifestent en général la première fois que la préparation iodée est administrée et dès le début du traitement, parfois dès les

premières heures. Il est exceptionnel que l'iodisme ne se manifeste que tardivement, après un ou plusieurs traitements iodurés.

Quoi qu'il en soit, deux éventualités peuvent se présenter après une première atteinte d'iodisme : ou bien cette atteinte est unique et la tolérance s'établit, ou bien les accidents d'iodisme se manifestent à chaque reprise du traitement, et l'on peut être obligé de renoncer définitivement au traitement ioduré. C'est dans ces cas que l'on admet l'existence d'une susceptibilité particulière du sujet à l'égard de l'iode, d'une idiosyncrasie.

Il est d'autre part des cas où un ou plusieurs accidents d'iodisme persistent pendant toute la durée du traitement ; mais ils ne sont pas assez accentués pour empêcher que celui-ci ne soit continué.

L'iodisme est la plus fréquente des intoxications médicamenteuses; elle est très fréquente puisqu'on estime que 25 ou 30 p. 100 des malades qui prennent des préparations iodées présentent, à des degrés divers, des manifestations d'iodisme.

Tous les iodures peuvent produire ces accidents ; pour Sidney-Ringer l'iodure d'ammonium aurait une action plus marquée sur la peau.

Les *petites doses* paraissent prédisposer plus que les fortes doses aux accidents ; cette opinion, quoiqu'étant la plus répandue, n'est pas partagée par tous les auteurs.

L'idiosyncrasie est la cause réelle de l'intolérance pour le médicament; les lésions rénales peuvent amener des accidents graves et même mortels.

C'est ainsi que M. Rendu a vu un cas mortel survenir à la suite de l'ingestion de 1 gramme d'iodure chez un

malade atteint de néphrite interstitielle; Wolff a également observé un cas mortel chez une femme brightique ayant absorbé 2 gr. 50 d'iodure de potassium en quarante-huit heures. Ces accidents s'expliquent d'autant plus aisément que la majeure partie de l'iodure s'élimine par les reins. A l'état normal, l'élimination serait complète au bout de vingt-quatre heures (Rabuteau); chez les brightiques, la durée de l'élimination est notablement prolongée; elle peut atteindre quatre, cinq, six et même douze jours, d'après M. Chauvet (Thèse de Paris, 1877).

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset

THÉRAPEUTIQUE

DES COMPLICATIONS COMATEUSES DANS LE DIABÈTE

Sous le titre : *La dyscrasie toxique, complication du diabète et son traitement*, M. Lépine, de Lyon, publie, dans la *Semaine médicale* du 21 novembre un travail qui sera l'occasion de cet article.

Les médecins observent dans des diabètes déjà fort avancés des accidents excessivement graves, presque constamment terminés par la mort. Ces accidents intéressent le praticien à deux titres différents : premièrement, comme nous venons de le dire, ce sont des accidents presque toujours mortels et, de plus, ce sont des accidents inattendus; la responsabilité médicale se trouve donc fortement engagée dans ces circonstances et c'est pourquoi nous avons cru utile d'appeler l'attention de nos confrères sur ce point de pathologie.

Ces accidents, généralement désignés sous le nom d'*acétonurie*, sont très caractérisés. Ils s'annoncent par une céphalalgie frontale intense avec vertiges, surexcitation mentale et souvent du délire. Ces symptômes cérébraux s'accompagnent de vomissements et de diarrhée profuses, d'angoisse extrêmement pénible, d'une dyspnée spéciale qui s'accroît de moment en moment pour se ralentir plus tard, devenir profonde et suspirieuse en même temps que le coma remplace le délire. Le pouls peut être très accéléré (140); la température ne s'élève pas dans la même proportion et quand le malade tombe dans le collapsus, elle s'abaisse au-dessous de la normale.

On le voit, ce processus morbide rappelle, dans ses traits principaux, les symptômes de l'*urémie* et nous en faisons tout particulièrement la remarque, parce que nous pensons que, dans l'état actuel de la science, *l'insuffisance rénale* est la seule explication acceptable de ces deux syndrômes.

Nous devons néanmoins examiner, au moins sommairement, les théories qui ont été données pour expliquer le coma diabétique, puisque toute la thérapeutique de ces accidents est, dans l'école allopathique, basée sur ces théories. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les accidents du coma diabétique doivent être attribués au développement de toxines dans les urines diabétiques et à leur élimination insuffisante par le rein.

L'acétone et l'acide diacétique ont d'abord été accusés de tout le mal, mais comme la puissance toxique de ces deux corps est incapable d'expliquer la mort, on les a remplacés par l'acide oxybutyrique aussitôt que son existence a été constatée. Pour le malheur de cette dernière hypothèse, des expériences concluantes ont démontré que

ce dernier corps ne possède pas de toxicité notable. Mais M. Sternberg, guidé par des considérations théoriques a supposé que l'acide oxybutirique provenait de l'acide amido-butyrique et comme ce dernier corps est très toxique et produit chez les animaux des symptômes analogues au coma diabétique, il n'y avait qu'un pas à faire pour charger cet acide de la pathogénie du coma diabétique et M. Sternberg n'a pas hésité à le faire.

Ces théories ne sont point passées sans commentaires et sans critique et M. Lépine croit devoir conclure ainsi : « Si l'acide amido-butyrique n'est pas le véritable producteur du coma diabétique, c'est probablement à quelqu'autre dérivé des *nitriles* complexes qui font partie intégrante de nos tissus qu'il faut rapporter cet accident ».

Pour moi, je préfère l'opinion de M. Klemperer : les symptômes du coma dans le diabète sont dus à la présence dans le sang d'une *toxine inconnue*.

Et la conclusion de tout cela est, comme nous le disions au début, l'institution d'une thérapeutique chimique, variable avec les hypothèses qu'elle est destinée à combattre, mais semblable dans ses résultats qui sont absolument nuls, comme du reste le reconnaît le Dr Lépine dans son livre sur le diabète.

Si, nous plaçant à un point de vue plus médical, nous considérons que les accidents comateux diabétiques sont dus à une insuffisance rénale, c'est-à-dire à la rétention dans l'économie de toxines dont il a été impossible jusqu'à ce jour de déterminer la nature, que par conséquent les indications tirées d'un antidote chimique ne peuvent être posées; que cependant l'état dangereux dans lequel se trouve le malade demande une intervention qui ne peut attendre la solution de problèmes chimiques,

nous conclurons en clinicien que nous devons remplir les indications positives qui résultent de l'ensemble des symptômes. Or il y a deux ordres d'indications qui s'imposent parce qu'elles sont en dehors de toute hypothèse et ressortent directement de l'observation clinique. Ces deux indications sont : 1° augmenter la diurèse; 2° combattre les symptômes cérébraux et dyspnéiques par les médicaments appropriés.

1° Augmenter la diurèse. La seule médication applicable dans ce cas est celle des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Nous disons sous-cutanées parce que cette méthode, à la différence des injections intra-veineuses, est à la portée de tous les médecins et que si elle est un peu moins rapide dans ses effets, elle est néanmoins très suffisante. On pratiquera donc toutes les trois heures une injection de sérum d'au moins 300 gr. avec les précautions aseptiques rendues plus nécessaires que jamais à cause de la vulnérabilité des diabétiques.

2° Traitement pharmaceutique des accidents. L'opium, la glonoïne et peut-être le chloroforme sont les médicaments sur lesquels on peut le plus compter dans une situation si désespérée.

L'*opium* est indiqué par le coma, la respiration ralentie et suspirieuse qui succède à la dyspnée, par la tendance au collapsus et à la mort par suspension de la respiration. Si la pupille est rétrécie, l'indication sera encore plus précise. Ici je prescrirai des doses fortes, pondérables, 1 à 2 centigrammes dans les vingt-quatre heures dans une potion dont on donne une cuillerée toutes les demi-heures. Ce médicament m'a rendu les plus grands services dans l'urémie albuminurique.

La *glonoïne* ou trinitrine a dans ses effets primitifs des

symptômes de congestion cérébrale avec douleur violente de la tête, nausées, vomissements, diarrhée. Avec des doses fortes, perte de connaissance, coma, pouls plein et rapide jusqu'à 140 pulsations, puis en ralentissant jusqu'à 40; respiration profonde. Si j'ajoute que, dans l'insuffisance rénale, ce médicament augmente notablement la quantité des urines, on tombera d'accord pour reconnaître que la glonoïne est indiquée dans le coma diabétique. La dose sera de XX gouttes de la première dilution dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

Chloroforme. — L'agitation et le délire qui précèdent souvent le sommeil chloroformique présentent une image assez fidèle des accidents qui précèdent le coma diabétique. Les troubles de la circulation et de la respiration se rapporteraient plutôt à la dernière période, au collapsus qui termine ces accidents. Enfin l'odeur d'acétone exhalée par les malades a une certaine analogie avec l'odeur du chloroforme. Il ne faut pas oublier cependant que ce médicament n'a jamais, à ma connaissance, été prescrit dans ces accidents, que, par conséquent, il faudrait l'essayer comme un médicament tout à fait nouveau et avec une extrême prudence. L'inhalation serait le mode le plus convenable pour son administration.

Dr WAGNER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Applications prolongées de compresses d'éther dans la hernie étranglée. Communication du docteur Fiessinger. — II. De la syphilis de l'intestin. — III. Traitement du cancer par l'injection d'un sérum anticellulaire des Drs Vlaef et Hotman de Villiers.

I

Les applications locales d'éther dans la hernie étranglée sont employées communément par les praticiens. Ce qui est moins parvenu à leur connaissance, c'est l'effet qui résulte de ces applications, non plus temporaires comme elles étaient utilisées, mais prolongées et maintenues sur l'anse herniée une heure à deux heures de temps. Il semble que la plupart des hernies étranglées, justiciables jadis d'une intervention opératoire, cèdent à l'action de ce moyen d'une simplicité toute élémentaire.

La quantité d'éther employée peut monter jusqu'à 250 grammes.

C'est une méthode presque merveilleuse, alors qu'une médication des plus anodines en caractérise l'emploi. Le confrère, loin d'un grand centre, redoutant de pratiquer une kélotomie, tout seul et sans aides, n'aura qu'à user des compresses d'éther. Dans les trente-six premières heures, il aura toute chance de réussir; au-delà de ce terme il fera

peut-être bien de ne pas insister, une anse gangrenée risquant d'être réintégrée dans l'abdomen.

Comment agit l'éther en pareil cas? Sans doute par voie réflèxe et en provoquant une vaso-constriction profonde. L'anse herniée se décongestionne, elle rentre aussi facilement qu'elle était sortie, alors que l'étranglement par le collet n'avait pas encore tuméfié ses parois.

Des sachets de glace sans doute se réclament aussi, appliqués sur les étranglements herniaires, de succès incontestés. Leur emploi toutefois n'est pas aussi pratique et leur efficacité semble moins assurée. On ne se procure pas de la glace aussi facilement que de l'éther ; au surplus, l'éther jouit d'une activité supérieure. Pourquoi? L'action anesthésique du remède est-elle plus marquée? C'est probable puisque la réfrigération par l'éther peut atteindre quelques degrés au-dessous de zéro, tandis que la glace reste à 0. On comprend, pour la même raison, que l'action des compresses soit plus favorable que celle des pulvérisations, l'éther en poussière se trouvant mêlé d'une certaine quantité d'air qui en atténue les effets.

II

A propos d'un malade de M. Lereboullet atteint de diarrhée dysentériforme très rebelle depuis 18 mois, et guéri par le traitement mixte, M. Fournier fait une remarquable communication sur la syphilis intestinale.

1° Les affections syphilitiques de l'intestin sont très rares. Maintes fois on passe à côté d'elles sans les reconnaître, parce qu'on ne les croit guère possibles et cela grâce au silence de la plupart des pathologies classiques à leur égard. La preuve en est que dans la grande majorité des observations qui leur sont relatives, elles sont restées

longtemps méconnues, et longtemps veut dire en l'espèce 6 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans et voire même 4 ans, jusqu'au jour où, de guerre lasse, on a fini par en soupçonner la nature vraie. Et, en effet, le schéma usuel de ces observations n'est autre que celui-ci : malade affecté d'une diarrhée chronique qu'on ne sait à quoi rapporter, essais multiples et invariablement infructueux de médicaments antidiarrhétiques des plus divers ou pour mieux dire de tout ordre ; alors mieux inspiré et éclairé d'ailleurs par les insuccès de ses devanciers, un médecin se prend à dire : « Ah ! est-ce que, par hasard, cette diarrhée ne serait pas d'origine syphilitique? » Puis, sur cette donnée, ce simple soupçon, il prescrit une médication iodurée ou mercurielle. Tout aussitôt coup de théâtre. Réfractaire jusqu'alors à tout remède, voici cette diarrhée qui diminue, qui s'apaise et, finalement, qui guérit. Telle est l'histoire neuf fois sur dix, de ces entéropathies syphilitiques.

2° Anatomiquement, la syphilis se traduit dans l'intestin par des lésions diverses, à savoir : soit par des gommes miliaires: soit par des infiltrats discoïdes, denses et épais, variables de nombre et d'étendue, originairement secs, mais s'ulcérant plus tard, analogues, en un mot, de tous points aux infiltrats cutanés qui constituent les syphilides cutanées, au point de pouvoir être considérés comme des syphilides intestinales, soit par des ulcérations, soit par des cicatrices, soit plus rarement par des sténoses, des perforations intestinales, etc.

3° Symptomatologiquement, elles n'ont rien de spécial. Qu'est-ce qui les constitue en effet? Ceci : comme symptôme de fond et symptôme constant, une diarrhée persistante, chronique, rebelle; comme symptôme assez habituel, des coliques ou des douleurs abdominales, d'ail-

leurs variables d'intensité, et enfin comme complication peu fréquente, un aspect ensanglanté et dysentériforme des matières. Et c'est tout.

4° Le soupçon en premier lieu ressortira ou pourra ressortir des quatre considérations suivantes :

1° Antécédents syphilitiques du malade ;

2° Absence de toute cause vulgaire, j'entends autres que la syphilis à laquelle cette diarrhée puisse être légitimement imputable.

3° Résistance singulière, significative parfois, de cette diarrhée aux agents thérapeutiques divers dont le propre est de tarir les diarrhées vulgaires.

4° Enfin coïncidences morbides. Il n'est pas rare, en effet, pourquoi ? je l'ignore, que l'entérite tertiaire s'observe en compagnie d'autres accidents tertiaires. Ainsi, dans 4 cas qui me sont personnels, je l'ai vue coïncider une fois, avec une exostose humérale et de violentes douleurs ostéocopes du fémur ; une fois avec une arthropathie du genou indéniablement spécifique ; une fois avec reliquats d'une ancienne syphilis du cerveau, puis céphalée récente et périostose de l'arcade sourcilière ; une fois enfin avec un de ces états neurasthéniques qui reconnaissent si souvent la syphilis comme origine causale. Dans ces 4 cas, j'ai donc été logiquement conduit à suspecter la qualité spécifique de l entéropathie et, quatre fois, les résultats thérapeutiques ont absolument confirmé cette très rationnelle induction.

5° La démonstration en l'espèce est exclusivement d'ordre thérapeutique. Elle ressort des effets du traitement.

6° Quel traitement réclament ces entéropathies tertiaires? — Le traitement antisyphilitique, cela va de soi,

sans préjudice, bien entendu, des ressources offertes, ici comme ailleurs, par le régime et l'hygiène.

Mais quelle variété de traitement antisyphilitique leur est applicable ?

Trois points à préciser en l'espèce :

1° L'iodure de potassium prescrit seul à l'exclusion de tout autre remède compte des succès. D'après quelques faits, cependant, il semble mériter moins de confiance que le mercure, surtout comme effets préventifs.

Ce n'est là, au surplus, que le reproche général qu'on peut lui adresser en temps que médication antitertiaire. Comme chacun le sait, il constitue un merveilleux « effaceur » bien plutôt qu'un véritable guérisseur des accidents tertiaires. Il blanchit, comme on dit vulgairement, mais il laisse revenir c'est-à-dire il permet les rechutes, les récidives ; bref, il ne possède pas contre la syphilis cette action de fond, d'ensemble, et surtout cette action profonde, intime, persistante, cette action de sauvegarde pour l'avenir qui semble dévolue bien plus souvent au mercure.

2° C'est le traitement mixte qui a été le plus souvent mis en œuvre contre les entérites spécifiques et presque toujours avec de très heureux résultats.

3° Enfin, en ce qui concerne le mode d'administration du mercure dans l'ordre de cas qui nous occupe, on pourrait croire naturellement contre indiquée la méthode par ingestion dans un état morbide constitué par des lésions ulcératives de l'intestin. L'expérience ne confirme pas cette induction très rationnelle, car en plusieurs cas le protoiodure et la liqueur de Van Swieten non seulement ont été absolument tolérés, mais de plus ont guéri.

On est donc autorisé d'après cela à prescrire le mercure

par la bouche. Mais, en vérité, logiquement et prudemment mieux vaut, je crois, avoir recours aux méthodes externes, c'est-à-dire soit aux frictions, soit aux injections hypodermiques qui semblent constituer le traitement de choix en l'espèce.

III

Il s'agit d'un sérum obtenu par l'immunisation de certains oiseaux au moyen d'inoculations de culture de parasites extraits des tumeurs cancéreuses et que l'auteur désigne sous le nom de blastomycètes. M. Lucas Championnière conclut de son examen :

Des faits que j'ai étudiés, il résulte que les essais faits par le Dr Wlaef mérite d'être continués et encouragés.

Ils ne paraissent pas avoir une base scientifique bien solide. Jusqu'ici ils n'ont donné ni guérison ni rien qui montre que l'on marche vers la guérison.

Mais les tumeurs cancéreuses et certainement cancéreuses ont paru être impressionnées et modifiées dans un sens favorable, dont le bien-être de certains sujets paraît donner une preuve réelle.

Il est possible que le sérum en question n'ait aucune spécificité et que nous soyons en présence de modifications que d'autres sérums ou d'autres substances produiront d'une façon analogue. Le fait reste à chercher et à démontrer et ces recherches appellent des expériences contradictoires.

Peut-être, les modifications obtenues ne constitueront-elles qu'un acheminement vers une intervention opératoire pratiquée dans des conditions particulièrement favorables?

Mais la thérapeutique du cancer est si pauvre qu'il faut

encourager tout ce qui donne même une apparence d'action sur le mal.

Je ne crois pas que les résultats obtenus soient encore assez réels pour m'autoriser à faire ces essais-là dans les cas dans lesquels une intervention opératoire est indiquée comme utile et urgente.

Mais pour tous les sujets qui m'ont été montrés, il s'agissait de cancers inopérables ou de cas dans lesquels l'utilité de l'intervention était plus que contestable.

Je ne vois donc que des avantages à encourager les expériences de cet ordre, puisque les injections se sont montrées parfaitement innocentes chez des sujets qui se déclarent pour la plupart réellement soulagés par l'intervention.

L'avenir, avec une observation prolongée, peut seul nous dire le progrès définitif que peut obtenir la thérapeutique de M. Wlaef. Mais il n'était pas inutile de signaler les résultats obtenus dans ses premiers essais, et particulièrement leur inocuité, d'autant plus que tout l'avenir de la thérapeutique du cancer est certainement dans les médications qui modifieront l'état général des sujets.

Dr HUMEAU

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I DE L'ÉPIDÉMICITÉ DE LA VARICELLE SUPPURÉE. — II. ICTÈRES ACHOLURIQUES : HÉPATISME ET DIATHÈSE BILIAIRE. — III. EMBOLIES PULMONAIRES ET POUSSÉES PHLÉBITIQUES TARDIVES ; DU MASSAGE A LA SUITE DES PHLÉBITES. — IV. TROUBLES DE LA PAROLE ET DE LA MOTILITÉ CHEZ UN CONVALESCENT DE FIÈVRE TYPHOIDE ; PHÉNOMÈNES D'INCOORDINATION. — V. ŒDÈME IDIOPATHIQUE AIGU DES PAUPIÈRES.

I

(*Séance du 2 novembre*). — M. MERKLEN a reçu, à propos de la récente discussion sur la varicelle suppurée, communication d'un travail du Dr Bolognini (de Bologne) publié en 1897 sous le nom de « Staphyloccocie varicelleuse » (1). L'auteur a observé uue véritable épidémie de varicelle suppurée avec fièvre prolongée. albuminurie légère et transitoire ; cette épidémie atteignit douze enfants habitant des maisons contiguës, et se présenta sous la même forme, alors que plusieurs petits malades, éloignés de ce foyer, avaient en même temps une varicelle simple ; la maladie fut bénigne, sauf dans un cas où la mort survint à la suite d'une néphrite grave, avec 7 gr. d'albumine par litre d'urine et bactériurie streptococcique. Le pus des vésicules contenait des streptocoques en petite quantité et des staphylocoques. Le Dr Bolognini pense que, chez ces petits malades, il y a eut infection double et simultanée du virus varicelleux et des microbes de la suppuration.

II

MM. GILBERT et LEREBOULLET font une longue communication intitulée : *Contribution à l'étude de la famille biliaire. Des ictères acholuriques simples*. Cette communication a été le point de départ d'une discussion qui se reproduira dans plusieurs séances consécutives et dont nous donnerons un compte rendu.

La teinte jaunâtre des téguments qui caractérise l'ictère acholurique est restée inaperçue jusqu'à ces dernières

(1) P. Bolognini. Stafilococcia varicellosa (*La Pediatria*, n° 3, 1897).

années et c'est à propos d'une manifestation cutanée, le *xanthelasma*, qu'elle a été remarquée ; or cette affection cutanée paraît à M. Gilbert sous la dépendance de l'ictère acholurique.

C'est Besnier en 1880 qui a mis en lumière la *xanthochromie* comme se rencontrant souvent avec le xanthelasma ; mais il s'appliquait à démontrer qu'il ne s'agissait pas d'un ictère véritable et rejetait son origiue hépatique.

Hayem, en 1897, a attiré l'attention sur une coloration jaune chamois de la peau chez certains dyspeptiques. Coloration très distincte de celle de l'ictère ordinaire; il s'agit cependant d'un ictère vrai, bien qu'il n'y ait dans les urines ni pigment biliaire, ni urobiline, car le sérum sanguin, plus coloré que normalement, présente une teinte jaune verdâtre légèrement ictérique et donne avec l'acide nitrique nitreux une réaction de Gmelin, faible mais nette.

Gilbert et Fournier arrivaient à la même époque à la même conclusion et l'année suivante, dans un travail sur les ictères, proposaient le nom *ictère acholurique* pour les faits de ce genre.

Nous reproduisons les conclusions de MM. Gilbert et Lereboullet qui donnent un aperçu assez net de la question.

1° Sous le nom d'ictère acholurique, on doit entendre un état pathologique caractérisé par une teinte jaunâtre plus ou moins marquée de la peau, prédominant en certains points du tégument ou généralisée, sans élimination de pigments biliaires dans les urines, mais avec présence constante de ceux-ci dans le sérum sanguin ;

2° Cet ictère acholurique se distingue par son caractère

familial et héréditaire, et par sa parenté avec les diverses formes de l'infection biliaire chronique (lithiase biliaire, cirrhoses biliaires, ictères splénomégaliques, etc.); celles-ci se retrouvent chez les ascendants ou coexistent chez le même malade. Mais sous le nom d'ictère acholurique simple, nous n'étudions que les cas où l'ictère acholurique existe à l'état isolé, sans précéder ou accompagner ces autres modifications de l'infection biliaire chronique. La prédisposition héréditaire apparaît surtout marquée dans la race israélite, tant pour l'infection biliaire chronique que pour les auto-infections en général;

3° L'ictère acholurique simple dont le début est indéterminé et remonte à la naissance a pour symptômes essentiels la teinte jaunâtre du tégument, d'ailleurs sujette à variations sous certaines influences, la présence constante des pigments biliaires dans le sérum, souvent variable dans son intensité, l'absence de pigments biliaires dans les urines, l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie et de la rate. Souvent l'on ne constate pas d'autres caractères, et l'ictère acholurique, auquel le malade ne prête le plus souvent pas attention, reste presque latent (*forme commune*);

4° D'autres fois l'ictère acholurique amène à sa suite un ensemble de symptômes consécutifs qui peuvent avoir une prédominance marquée dans le tableau clinique. Du côté de la peau, on peut observer de fréquentes poussées d'*urticaire*; on note souvent le *xanthélasma* qui doit être considéré comme consécutif à l'ictère, alors même que celui-ci a disparu complètement.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents et donnent naissance à la *forme dyspeptique*. Dans d'autres cas les symptômes nerveux prédominent et on peut observer des

somnolences, une *forme neurasthénique*, une *forme hystérique*. Des hémorragies abondantes (épistaxis profuses, ménorrhagies, etc.) peuvent accompagner l'ictère acholurique (*forme hémorragique*); enfin apparaissent souvent des douleurs articulaires, musculaires ou osseuses (*formé rhumatismale*). La prédominance de ces symptômes secondaires peut les faire considérer à tort comme primitifs. Parfois aussi on peut, en présence d'ictère acholurique, porter le diagnostic erroné de chlorose (*fausses chloroses d'origine ictérique*). L'examen du sérum permet d'affirmer le diagnostic:

5° L'ictère acholurique, qui rappelle certains des traits assignés par les anciens au tempérament bilieux, semble relever d'une infection chronique légère des voies biliaires, favorisée par la prédisposition héréditaire à l'infection des voies biliaires (*diathèse biliaire*). Cette infection biliaire chronique s'accompagne d'un léger degré de cholémie suffisant pour amener l'imprégnation jaunâtre des téguments, insuffisant pour entraîner la cholurie. Son pronostic, malgré sa durée indéfinie, serait extrêmement bénin, si les sujets qui en sont atteints ne semblaient particulièrement prédisposés à réaliser ultérieurement des infections biliaires chroniques plus sérieuses (lithiase ou cirrhose biliaire), parfois sous l'influence d'une maladie intercurrente. C'est cette notion qui doit guider les règles hygiéniques et thérapeutiques que l'on peut indiquer à ces malades.

M. P. Merklen trouve que les rapports de l'ictère acholurique et de la dyspepsie prêtent à la discussion ; pour MM. Gilbert et Lereboullet, l'ictère est antérieur à la dyspepsie ; pour lui, il croirait plutôt à l'antériorité des troubles dyspeptiques.

M. Linossier pensent que dans la plupart des ictères acholuriques, il s'agit très probablement d'ictères atténués, et que des procédés plus sensibles que les procédés ordinaires feraient peut-être trouver des traces de pigments dans l'urine.

M. Rendu a été très frappé du caractère familial des cas d'ictères acholuriques et il se demande si le même genre de vie, la même alimentation, ne sont pas pour beaucoup dans la répétition des accidents chez plusieurs membres d'une même famille ; pareille remarque a été faite pour des cas de diabèfes familiaux.

Dans la séance suivante, M. F. Glenard, dans une communication, *hépatisme et diathèse biliaire*, reprend la même question en faisant observer que les propositions contenues dans le mémoire précédent sont en concordances rigoureuses avec celles qu'il défend depuis dix ans dans ses nombreuses publications sur l'hépatisme.

Dans les séances suivantes, MM. Gilbert et Lereboullet d'une part, M. Glenard, d'autre part, discutent, sans se convaincre mutuellement, les uns affirmant qu'il n'y a aucun rapport entre leur diathèse biliaire, leur famille biliaire rassemblant les cas familiaux d'ictères vrais, d'ictères acholuriques, de lithiases biliaires, pour en faire une sorte de prédisposition familiale aux infections des voies biliaires et l'hépatisme de l'autre, réunissant dans un même terme toutes les maladies de la nutrition : diabète, obésité, dyspepsies, accidents goutteux, lithiase biliaire, etc.

III

(*Séance du 9 novembre*). — Le Dr P. Merklen fait

une communication sur les *embolies pulmonaires et les poussées phlébitiques tardives.*

Les embolies pulmonaires peuvent se produire au début, au cours et à la fin des phlébites ; elles peuvent précéder les signes apparents de la phlébite.

On désignera sous le nom d'*embolies précoces* celles qui surviennent avant l'apparition des signes de la phlébite ou quand la phlébite ne siège encore que sur les petites veines. Ces embolies précoces sont généralement bénignes, malgré l'intensité des accidents thoraciques et la mort est très rare.

Les *embolies tardives*, au contraire, sont le plus souvent graves et mortelles.

M. Merklen rapporte deux observations de phlébites ayant débuté par des embolies précoces et qui se sont toutes les deux terminées par la mort par des embolies tardives. Il a remarqué, dans ces deux cas, qu'un mouvement fébrile à poussées successives indiquait la persistance de l'infection et il croit que c'est un signe de la granité de la phlébite.

Il conclut qu'on doit surveiller de très près la marche de la température chez les malades atteints de phlébites et qu'il faut leur faire conserver l'immobilité complète assez longtemps après la disparition de la dernière poussée thermique. M. Pinard a établi comme règle qu'une accouchée atteinte de phlegmatia doit rester au lit au moins un mois après la dernière poussée thermique.

M. Siredey a observé trois fois des embolies pulmonaires non suivies de mort en dehors de toute phlébite appréciable, deux fois chez des typhoïdiques et chez une accouchée.

Il a été frappé de ce fait que les embolies sont très fréquentes dans les phlébites infectieuses.

M. Rendu est, comme M. Merklen, d'avis que les phlébites à début embolique sont ordinairement d'une gravité moindre. Il croit que la phase dangereuse des phlébites, celle où se produit le plus souvent les embolies graves, est vers la fin de la troisième semaine.

M. Antony trouve qu'il y aurait grand intérêt à déterminer à quel moment les embolies cessent d'être à craindre, car depuis quelque temps on a une tendance à mobiliser prématurément le membre malade et même de le masser.

M. Siredey craindrait le massage dans le cours de la phlébite, mais il le prescrit contre les troubles circulatoires consécutifs.

Quinze jours environ après la disparition complète de la fièvre, il conseille des massages légers sur la région externe des membres inférieurs, loin des grosses veines, et accompagnés de petits mouvements progressifs de flexion et d'extension. Bien entendu, ces massages sont faits par un médecin expérimenté et prudent. On les suspend s'ils provoquent un peu de douleur ou s'ils augmentent l'œdème.

M. Rendu considère le massage comme une pratique extrêmement dangereuse, capable de provoquer des embolies si on l'emploie avant la complète disparition du caillot. Il a été appelé un jour auprès d'un Alsacien qui, atteint d'un œdème de la jambe d'origine variqueuse, depuis quelques semaines, était venu à Paris pour se faire masser. A la seconde séance de massage, il fut pris d'acci-

dents terribles, eut un accès d'étouffement accompagné d'hémoptysie et faillit mourir dans la nuit. M. Rendu trouva un énorme infarctus, qui était la conséquence d'une embolie pulmonaire.

Même si la phlébite est déjà ancienne et date de quatre ou cinq semaines, il n'oserait conseiller le massage ; il est possible à cette date qu'il reste des caillots enkystés, susceptibles de se fragmenter; il est possible également de réveiller des phénomènes inflammatoires sur les vaisseaux incomplètement guéris, et de provoquer une récidive de phlébite. Il préfère, en pareil cas, faire de la compression méthodique avec une bande de caoutchouc, qui agit très efficacement sur l'œdème sans irriter la veine thrombosée.

IV

(*Séance du* 30 *novembre*). — M. Siderey lit une observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde, suivie de troubles de la parole et de la motilité avec phénomènes d'incoordination.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, entré le 21 octobre à l'hôpital Bichat, au huitième jour d'une fièvre typhoïde ; c'est un garçon très intelligent, ayant parlé très tard, vers deux ans et demi seulement et ayant eu longtemps un bredouillement qui n'a disparu complètement qu'à l'âge de quinze ans.

En 1893, à l'âge de douze ans, il eut une fluxion de poitrine pour laquelle il garda le lit pendant quinze jours. *Il présenta, dans la convalescence de cette maladie, des troubles accentués* de la marche et de la station debout ; et d'après l'expression de son père, *il fallut lui apprendre une seconde fois à marcher*. Ces accidents disparurent complètement en deux semaines environ, sans laisser de trace.

Sa maladie a débuté assez brusquement le 13 ou le 14 octobre et à son entrée, l'hyperthermie, l'hypertrophie de la rate, les taches lenticulaires ne permettaient pas de méconnaître une fièvre typhoïde. La maladie, assez intense avec état subcomateux, fièvre élevée, incontinence des urines et des selles se termina assez vite et à partir du quinzième jour, la température tomba au-dessous de 38°. Pendant trois ou quatre jours, le malade fut encore absorbé et l'incontinence des matières fécales et des urines persista : et il répondait aux questions d'une façon peu intelligible.

Le 8 novembre, en pleine convalescence, un examen attentif permit de constater des troubles très marqués de la parole.

De C... comprenait fort bien tout ce qu'on lui demandait, il faisait rapidement, par gestes, les réponses qui convenaient, mais dès qu'il essayait de parler, on le voyait se livrer à une gymnastique exagérée des muscles phonateurs et faire des efforts considérables pour articuler les mots. Il scandait les syllabes, hésitait, appuyait sur chacune d'elles, escamotant çà et là quelques lettres ; sa parole était traînante, saccadée, ainsi que celle d'un paralytique général, puis parfois brusque, comme explosive, et la voix avait un timbre légèrement nasonné. Ses phrases étaient régulièrement construites, il n'employait jamais un mot à la place d'un autre, et exprimait toujours sa pensée avec autant de précision que de correction. Il nommait sans hésiter tous les objets qu'on lui présentait, n'avait nul besoin de chercher et ne faisait d'efforts que pour articuler ses mots. Il prononçait bien toutes les lettres de l'alphabet sauf le *ch*, le *g* et le *j*. Il lisait bien pour lui mais il éprouvait pour la lecture à haute voix et pour la récita-

tion des difficultés plus accentuées encore. Et cependant les mouvements des lèvres, de la langue, du voile du palais s'accomplissaient facilement. Il pouvait tirer la langue hors de la bouche et la diriger dans tous les sens, rapprocher ou écarter les lèvres, souffler même ; il sifflait mal, mais il n'avait pas l'habitude de siffler, disait-il.

La mastication, la déglutition s'opéraient normalement. Le réflexe pharyngien était un peu diminué, mais il se produisait encore au contact répété de l'abaisse-langue.

Il n'existait aucun trouble appréciable du côté de l'intelligence ; les organes des sens n'étaient pas modifiés, la sensibilité cutanée parfaite.

Jusqu'au 20 novembre, le malade restant au lit, on avait seulement constaté l'intégrité des mouvements des membres, sauf un léger tremblement des mains.

Le 20 novembre, on essaya de faire lever le malade, mais on fut obligé de le porter, il ne pouvait s'appuyer sur le sol, et perdait immédiatement l'équilibre.

L'examen précis de la motilité permit de faire constater qu'il n'existait aucun trouble du côté des bras.

Il n'en est pas de même des jambes. Bien que les divers segments des membres inférieurs aient conservé l'intégrité de leurs mouvements et une force suffisante, étonnante même chez un convalescent, le malade ne peut les diriger à son gré. Si on lui demande de toucher de l'orteil ou du talon un point désigné, il dépasse constamment le but et ne l'atteint qu'après plusieurs hésitations, à la façon des ataxiques.

Cependant les réflexes tendineux sont notablement exagérés ; le redressement brusque du pied provoque de la trépidation ; la piqûre de la région plantaire, à l'aide

d'une épingle, amène l'extension des orteils Tous ces phénomènes spasmodiques sont beaucoup plus accentués du côté gauche que du côté droit.

Si l'on met le malade debout, il ne peut se maintenir en équilibre et il éprouve une sensation de vertige qui augmente lorsqu'il est au milieu d'un espace vide.

Lorsqu'il marche, soutenu sous les bras, il soulève la jambe par une contraction brusque, les orteils relevés dans l'extension, et la lance à la façon des tabétiques, puis la laisse retomber en frappant le sol du talon ; souvent le pied se porte en dehors et les genoux se heurtent l'un contre l'autre. Dans la marche comme au repos les phénomènes d'incoordination sont beaucoup plus exagérés à gauche qu'à droite.

Le malade a maigri notablement, mais les muscles ne sont pas atrophiés. Leur exploration aux divers courants électriques n'a pas donné lieu à la réaction de dégénérescence.

Les fonctions de l'intestin, celles de la vessie, s'accomplissent normalement.

A quelle influence peut-on rattacher ces accidents nerveux? discute M. Siredey sans conclure complètement. Pour lui, il ne s'agit pas de névrites périphériques; l'hystérie ne peut pas non plus être incriminée; l'intensité des phénomènes spasmodiques semble en rapport avec une altération du faisceau pyramidal de la moelle ; les symptômes bulbaires (troubles de la parole) qui ont précédé, peuvent faire penser à une lésion primitive de la région bulbo-protubérantielle. Il ajoute qu'on songerait volontiers à un début de sclérose en plaques.

C'est cette dernière hypothèse qui paraît avoir rallié le plus d'adhésions à la Société médicale des hôpitaux dans

la discussion qui a suivi. MM. Souques, Duflocq et Rendu se rattachent à cette opinion.

M. Duflocq parle d'un malade qu'il a observé en 1885, chez le professeur Jaccoud et qui a présenté des symptômes analogues après une pneumonie grave. M. Jaccoud fit une leçon clinique sur ce sujet et cita dix-sept cas d'accidents ressemblant à la sclérose en plaques et consécutifs à des maladies infectieuses, 9 fois après la fièvre typhoïde, 5 fois après la variole, 3 fois après la pneumonie, une fois après la rougeole, l'érysipèle, la coqueluche et la dysenterie.

M. Rendu a observé un cas semblable après la grippe.

V

M. Galliard rapporte trois observations d'œdème aigu des paupières. Voici comment il décrit cette affection.

L'œdème idiopathique aigu des paupières se manifeste d'habitude sans prodromes ; on le constate le matin, au réveil. Il est prédominant d'un côté, ou même unilatéral. Il atteint d'emblée de si colossales proportions qu'on ne peut le confondre avec celui des affections cardiaques ou rénales. Il est mou et incolore ; pas de rougeur des téguments. Il est indolent, non prurigineux. Il ne s'accompagne ni d'altération du globe de l'œil, ni de rougeur conjonctivale. Il est apyrétique.

Il dure vingt-quatre ou trente-six heures. Il peut être précédé, accompagné ou suivi d'œdèmes circonscrits des joues, des lèvres, des extrémités, des organes génitaux, des muqueuses.

Il peut être précédé, accompagné ou suivi de phénomènes infectieux.

Il se montre dans des familles où l'on trouve le rhumatisme, l'arthritisme, les névropathies.

Il récidive fréquemment.

MM. Barié et Du Castel émettent l'hypothèse que l'œdème aigu des paupières pourrait être une manifestation de l'urticaire et le dernier a observé dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, une malade sujette à des œdèmes des paupières à répétition ; la malade portait sur un des mollets une tache pigmentaire arrondie, analogue à celles que M. Brocq a montré comme consécutives à l'emploi de l'antipyrine ; or, cette malade reconnaissait que ces crises d'œdème des paupières suivaient des douleurs de tête pour lesquelles elle prenait de l'antipyrine.

Dr Marc Jousset.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Remarques cliniques sur la tuberculine,

par le Dr Nebel, d'Ebnat (Suisse).

Celui qui, le premier, fit un usage thérapeutique de la *tuberculine* fut C. Hering et, trois années plus tard, en 1832, le Dr Lux, qui dénomma son médicament *phtisine*. En 1860, P. Jousset employa le *neoplasma tuberculosum* 30 C. Le prof. Clapp et le Dr Swan se servirent de préparations de tubercules et aussitôt après les premières publications de Koch sur la *tuberculine*, parut le livre célèbre de Burnett sur la *bacilline*.

Beaucoup de médecins font trop peu de cas de cette perle de notre trésor thérapeutique, car la scrofule et la

tuberculose ne sont pas autre chose qu'une intoxication par le tubercule.

Lorsque le cas est apyrétique, il faut, si l'on donne dans le cours de l'après-midi la *tuberculine* à la 100e C., faire garder au malade le lit le lendemain. Chez les travailleurs, il faut l'administrer dans la soirée. S'il survient des symptômes d'aggravations comme *frissons dans le dos, chaleur à la tête*, surtout après le repas, *douleurs dans la tête, les joues, l'occiput s'étendant dans le crâne, fort vertige, fatigue des jambes, douleurs dans les régions de l'estomac, de la rate et du foie, points de côté, violents battements du cœur, toux, hémoptysies abondantes, forte soif, nausées, insomnie, rêves effrayants*, il faut attendre. Si l'aggravation se prolonge, il faut donner le médicament que le symptôme réclame; le plus souvent, ce produit appartient au groupe ars., phosph., sulf., iode, pulsat., kal. carb., etc. Le Dr Van den Heuwel prescrit presque toujours aux tuberculeux aconit suivi de pulsat., à haute puissance. En tout cas d'aggravation, il est bon de se conformer aux prescriptions d'Hahnemann et d'appliquer le médicament qui correspond à la totalité des symptômes.

C'est d'après les conditions de réaction individuelle que l'on doit renouveler les doses de *tuberculine*.

C'est quand on observe un arrêt dans l'amélioration, chez l'un tous les huit jours, chez l'autre toutes les huit semaines. Les symptômes inquiétants ne surviennent que chez les sujets très nerveux.

Lorsqu'après deux ou trois prises de *tuberculine* 100e C. il ne s'opère aucune réaction bonne ou mauvaise, on passe à la 50e, 30e, 15e C., ou bien on essaie les puissances au-dessus de la 100e.

La préparation de *tuberculine* 30e C. de Haussmann

de Saint-Gall a donné à l'auteur des aggravations dans les 80 premiers cas, à l'exception d'un seul. Quand on prescrit la 30e C. pour éclairer le diagnostic, si la première dose ne donne pas de réaction, il faut, tous les deux ou trois jours, la renouveler; les symptômes énoncés plus haut surviendront toujours, mais non tous ensemble sur le même sujet.

Dans les cas où la tuberculose a fait des progrès, quand il existe de la fièvre, on commence de préférence avec les hautes dilutions, la 1000e C., la 500e C., la 200e C. Depuis que, dans un cas grave de tuberculose pulmonaire, la 100e C. produisit à chaque fois une violente diarrhée durant deux jours et une fonte tuberculeuse très rapide de la substance pulmonaire, l'auteur n'emploie, dans les cas fébriles, la *tuberculine* qu'aux dilutions supérieures à la 100e.

Il n'est pas de médicament d'action plus variée, plus profonde et dont l'étude soit aussi intéressante que la *tuberculine* et quand on en aura pris une expérience suffisante, on pourra beaucoup mieux comprendre et traiter la scrofule et la tuberculose.

La *tuberculine* est un médicament excellent de la médecine infantile. Dans l'épidémie d'influenza de cette année, le Dr Nebel eut à traiter un enfant de deux ans atteint d'influenza avec un haut degré de fièvre, bronchopneumonie étendue et néphrite aiguë, compliquées de scrofule. Rhus et phosphor., ces deux médicaments par excellence de l'épidémie, ne donnèrent que peu de résultat. Les symptômes d'une méningite bacillaire, au début, se montrèrent et *tuberculine* 30e C. changea d'un seul coup la physionomie de la maladie; les symptômes de méningite étaient disparus dès le lendemain. Il se produi-

sit un amaigrissement énorme, une éruption sur tout le corps, et particulièrement le dos, le ventre, les articulations des mains et autour de la bouche, une sorte d'eczéma comme celui qui correspond à graphites. Au bout de huit jours, l'enfant jouait dans sa chambre et est devenu très vigoureux.

Si l'on réfléchit combien la scrofule est répandue chez les enfants et combien chez les enfants scrofuleux l'invasion du tubercule favorise la gravité des maladies aiguës et les grands désordres, il est clair que la tuberculine est le médicament le plus indiqué chez les enfants en particulier.

La tuberculine est d'une valeur inappréciable comme moyen de diagnostic. Chez les tuberculeux et les scrofuleux, la tuberculine 30[e] C. développe les symptômes subjectifs caractéristiques de la tuberculose, et cela sans exception ; quand, avec une seule dose, on n'a pas de réaction, il faut ne renouveler la dose que tous les deux ou trois jours, et il n'est arrivé à l'auteur qu'une seule fois, chez un homme suspect de tuberculose, de faire prendre 3 doses, sans obtenir de réaction.

Chacun sait combien l'obscurité relative des symptomes dans la tuberculose rend difficile le choix du remède ; la tuberculine, donnée une ou plusieurs fois, change la physionomie de la maladie ; semblable au soleil qui, perçant le voile des nuages, éclaire la campagne naguère dans l'ombre, la tuberculine nous montre le remède à choisir.

Dans le cas où l'influenza vient s'ajouter à la tuberculose, ou bien où l'infection se complique de staphylocoque ou de streptocoque, il serait bon d'employer l'influenzine, la staphyloccoccine ou la streptococcine, mais on manque, sur ces produits, des renseignements expérimentaux.

On peut assurer que les malaises subjectifs sont rapidement améliorés après les trois premières doses de tuberline, quand on l'emploie seule, beaucoup plus promptement que par les autres médicaments ordinaires. On constate une augmentation étonnamment rapide des muscles de la poitrine et des glandes mammaires, ainsi que la diminution des taches brunes de la face, surtout du front et une diminution des symptomes catarrhaux. Le mode d'administration de la *tuberculine* consiste, comme le dit Rademacher, à proportionner la dose ou le retour des doses aux besoins personnels du sujet.

On ne peut attendre dans tous les cas des améliorations dans les huit ou quinze premiers jours ; ce n'est pas la règle, mais plutôt l'exception. Un élément favorable du pronostic est la disparition des taches brunes de la face.

En présence de la tuberculose le médecin est comme un général en chef qui conduirait ses troupes contre un ennemi logé sur une forte position ; les remèdes minéraux et végétaux équivalent à la cavalerie et à l'infanterie, aux régiments, aux escadrons, aux bataillons ; les armes puissantes, l'artillerie sont comparables au médicament isopathique,au Simillimum.Le général lance ces puissants projectiles qui font brèche dans le rempart ennemi, l'infanterie entre par là dans la place et y consomme la défaite de l'ennemi. Combien serait inhabile un chef d'armée qui voudrait, avec la seule artillerie prendre la place ennemie, ou n'employer que la seule infanterie contre un ennemi puissant et bien fortifié!

Outre les précieux médicaments de l'isopathie, il faut ici tirer parti de tous les autres, déjà éprouvés dans ces cas, suivant les indications de chaque sujet, et couvrir l'ensemble des symptômes.

(*Zeitschr. des Berliner Ver. homoop. Aerzte*, XIXe vol. Liv. V).

De la diazoréaction et de son importance dans le diagnostic et le pronostic

Le Dr Michaëli, médecin à la clinique de Leyden, appelle diazoréaction la propriété que présente l'urine de se teinter en rose pouvant aller jusqu'au rouge, sous l'influence de certains réactifs. Cette coloration ne s'observe jamais chez le sujet sain, et ne se rencontre jamais chez les malades que dans certaines conditions pathologiques déterminées.

Il y a un premier groupe de maladie où elle ne se présente presque jamais, les affections chroniques des organes, maladies de la moelle, maladies mentales, des reins, chroniques du cœur, artério-sclérose, tumeurs malignes, toutes celles en un mot qui, aiguës ou chroniques, n'ont aucun caractère d'infection bactérienne. Si la diazoréaction s'y constate, c'est qu'il se produit une infection secondaire, comme le carcinome du tube digestif, l'ulcère dû au décubitus dans les affections de la moelle.

Dans un deuxième groupe : typhus abdominal et variole, la réaction est habituelle.

Un troisième groupe, pneumonie, diphtérie, présente rarement la réaction, qui a plus d'importance alors pour le pronostic que pour le diagnostic.

Mais c'est dans la tuberculose que la diazoréaction est de toute importance, pour fixer le diagnostic et le pronostic. Chez un malade apyrétique l'existence de cette réaction permet d'annoncer bien à l'avance le tubercule, la plupart du temps. Dans l'ascite elle permet de déterminer l'origine soit tuberculeuse, soit hépatique ; dans la péritonite cancéreuse elle est variable. Elle distingue la ménin-

gite tuberculeuse des autres affections, et existe toujours dans la tuberculose miliaire ; dans la pleurite et la péricardite, elle est un signe de tubercules, et chez les phtisiques elle donne un pronostic absolument mauvais.

On se sert de deux réactifs suivants :

Acide sulfanil. . .	2,5	réactif A
Acide muriat. . .	5 : 100	
Nitrate de soude. .	0.5 : 100	réactif B

Dans un tube gradué (tube d'Altmann) on verse à l'aide d'une pipette d'abord le nitrate de soude puis l'acide sulfanilique jusqu'à la marque S, on les mêle par succussion (l'auteur ne dit pas les proportions de ce mélange), puis on ajoute l'urine jusqu'à la marque U, et en imprimant de fortes secousses, de l'ammoniaque jusqu'à la marque A.

Une cause d'erreur positive est l'emploi de la chrysarobine comme médicament, ou de la naphtaline ; une cause d'erreur négative est l'emploi de l'acide gallique et de l'acide tannique et de l'iode qui arrêtent la réaction. Elle se produit indépendante de la fièvre, et du nombre des bacilles, de l'abondance des crachats, mais souvent il existe entre les divers phénomènes morbides et cette création une concordance. La phtisie peu grave ne donne qu'une faible réaction, laquelle ne s'accentue que si, au début de cette maladie viennent s'ajouter d'autres infections aiguës. Ainsi la pleurite exsudative, la pneumonie, l'influenza viennent révéler un début de phtisie jusqu'ici à l'état latent, et dont la marche sera vraisemblablement rapide. Pourtant on rencontre des cas avancés, même des cavernes, avec l'absence de diazoréaction, quand le mal a de la tendance à s'arrêter. Elle peut disparaître pour un temps chez les malades qui venus à un degré très avancé dans un

établissement, prennent, durant les premières semaines, une augmentation de poids qui, d'ailleurs, n'est pas une amélioration durable.

La plupart des cas avec une réaction positive arrivent à la mort en moins d'une demi-année.

Sur cent onze malades examinés à l'hôpital, quatre-vingt moururent ayant donné des urines avec diazoréaction.

(*Allgem. homoop. Zeitung*, n° 17-18. vol. GXLI.

Dr Picard.

REVUE DES JOURNAUX

Hydrocéphalie aigue guérie par le traitement antisyphilitique.

M. Neumann présente à la *Société de médecine interne* de Berlin un enfant de dix-sept mois qui, lorsqu'il le vit pour la première fois, il y a un an, était atteint d'hydrocéphalie aiguë. La circonférence du crâne mesurait 47 centimètres, le front était fortement bombé en avant et la fontanelle antérieure avait des dimensions exagérées.

Ce petit malade ayant été traité antérieurement pour des accidents syphilitiques cutanés, il conseilla de lui faire prendre chaque jour 0 gr. 25 centigr. d'iodure de potassium, en même temps que des frictions mercurielles.

Quelques jours après, on constatait déjà que la circonférence de la tête avait diminué de plusieurs centimètres ; cette amélioration a toujours été en s'accentuant, et actuellement le développement physique et intellectuel de

cet enfant ne laisse plus rien à désirer (*Semaine médicale*, 14 novembre).

L'EAU OXYGÉNÉE CONTRE L'ÉPISTAXIS.

Un certain nombre de chirurgiens qui usent couramment de l'eau oxygénée pour le lavage et le pansement des plaies ont eu l'occasion de constater que ce liquide en plus de son action antiseptique, est doué d'un pouvoir hémostatique considérable. C'est ainsi que M. le Dr Rifaux (de Chalon-sur-Saône) a pu se convaincre récemment que le peroxyde d'hydrogène est le médicament de choix de l'épistaxis. Il suffirait d'introduire dans la fosse nasale d'où provient l'hémorrhagie un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée pour tarir les écoulements sanguins, même les plus graves (*Semaine médicale*, 14 novembre).

TABLE DES MATIÈRES

D

E

F

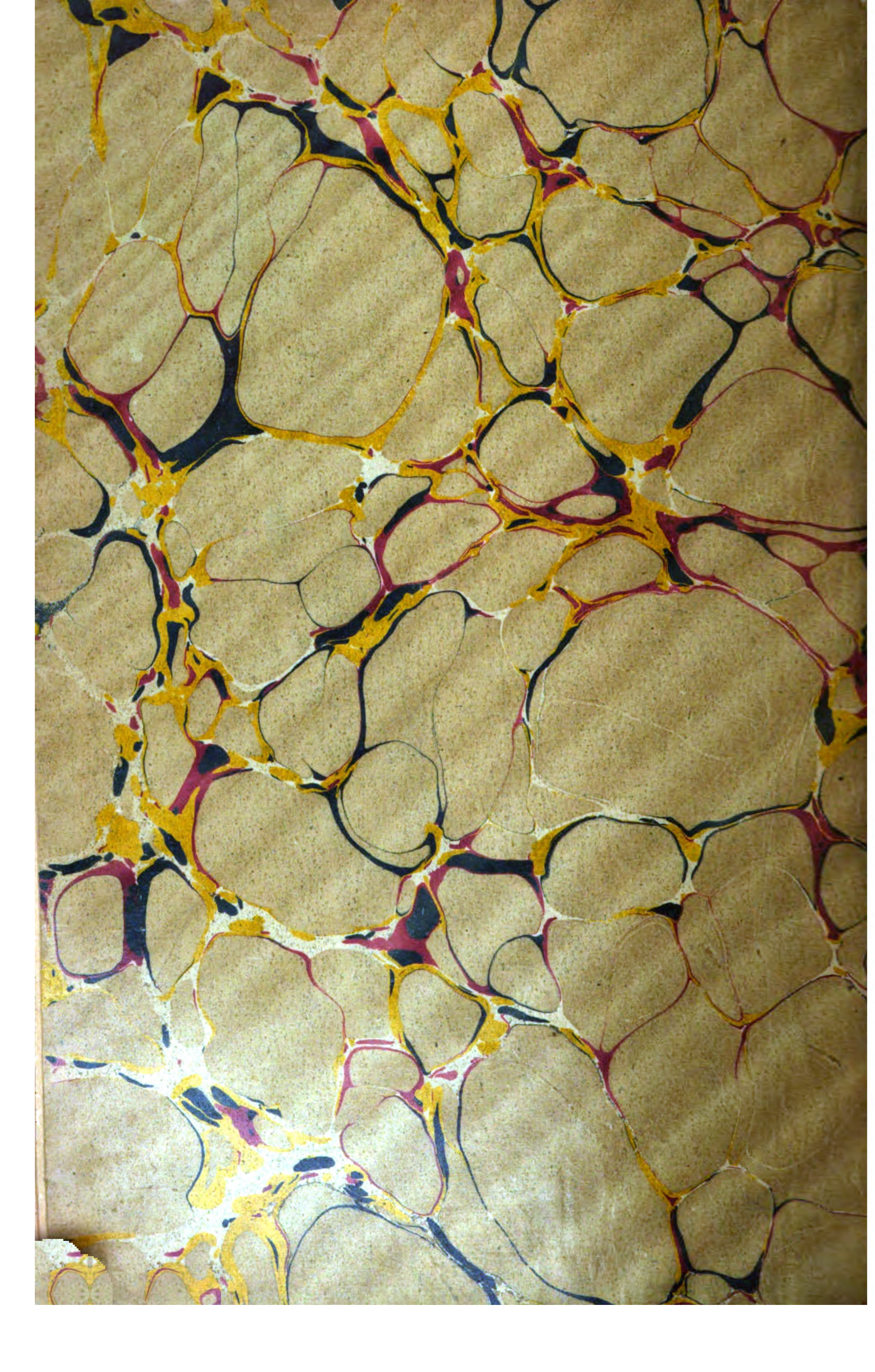
U

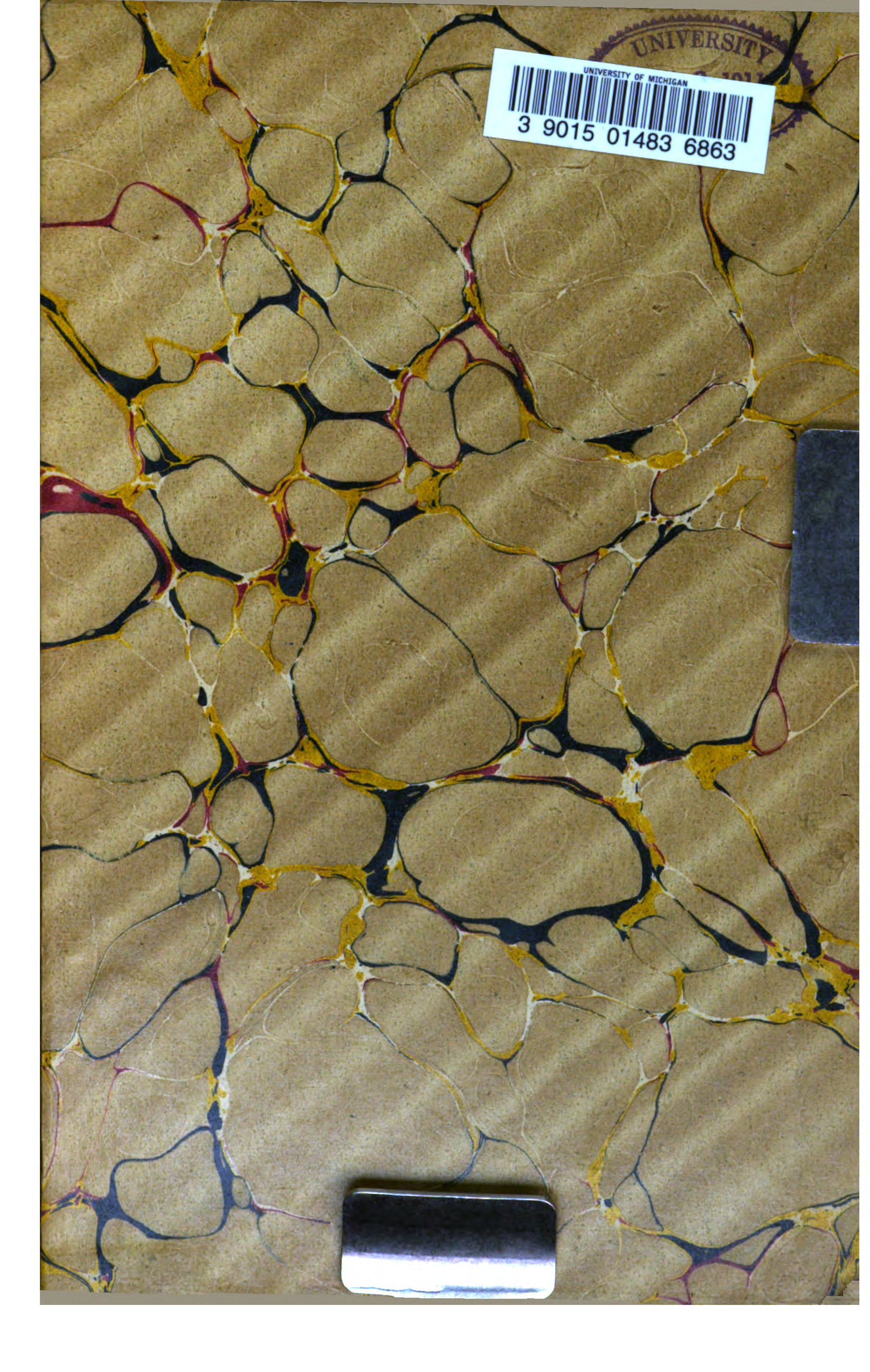
V

Y

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Typographie, A. DAVY, 52, rue Madame, Paris. — *Téléphone.*




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6863
UNIVERSITY

